



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

LILIANE CARDOSO RIBEIRO

**AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM MULHERES QUE VIVENCIARAM
VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS: VERIFICANDO A AUTOESTIMA**

FORTALEZA – CEARÁ

2021

LILIANE CARDOSO RIBEIRO

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM MULHERES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS: VERIFICANDO A AUTOESTIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr.^a Lucila Moraes Cardoso.

FORTALEZA – CEARÁ

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R369a Ribeiro, Liliâne Cardoso.
Avaliação Terapêutica com mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos : verificando a autoestima / Liliâne Cardoso Ribeiro. – 2022.
174 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Lucila Moraes Cardoso.
1. Avaliação Terapêutica. 2. Violência por Parceiros Íntimos. 3. Autoestima. 4. Avaliação Psicológica. 5. Violência Doméstica. I. Título.

CDD 150

LILIANE CARDOSO RIBEIRO

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM MULHERES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS: VERIFICANDO A AUTOESTIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 17/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lucila Moraes Cardoso (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Luísa Fernanda Habigzang
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Silvana Alba Scortegagna
Universidade São Francisco (USF)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer àquelas pessoas que contribuíram diretamente para a construção dessa dissertação. Assim, agradeço

À Dr.^a Lucila Cardoso que me ajudou a refletir e a compreender os passos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, além de me possibilitar experimentar o papel de pesquisadora, de me qualificar melhor no meu exercício enquanto psicóloga e de ampliar meus horizontes para o caminho da docência.

Às participantes Esmeralda, Safira e Rubi que se permitiram e que confiaram em mim para transformar e para compartilhar suas vivências nos resultados para essa pesquisa, possibilitando que essa pesquisa pudesse tomar forma e sentido. Sem elas nada dessa pesquisa teria sido possível.

Às professoras Dr.^a Luiza Habigzang e Dr.^a Silvana Scortegagna por suas contribuições e reflexões que permitiram essa pesquisa se desenvolver enquanto conteúdos e resultados.

À Professora Dr.^a Clarissa de Freitas que disponibilizou um tempo para me orientar a realizar e compreender as análises do método JT.

Ao Grupo de Supervisão de Avaliação Terapêutica que me ajudaram a encarar e a desbravar os desafios enfrentados durante os atendimentos, além de me possibilitarem mais segurança para meu incipiente exercício da AT.

Ao Grupo de Orientação em Pesquisa do Leapsi que a cada reunião me ajudava a refletir sobre dúvidas, direcionamentos e encaminhamentos enquanto processo construtivo desta pesquisa.

Ao corpo de Professores e de alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) que foram os primeiros a me incentivar a pensar no meu projeto de pesquisa e dar direcionamento a ele.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico (FUNCAP) que possibilitou minha integral dedicação ao processo de mestrado e à pesquisa durante esses três anos, fornecendo bolsa financeira de apoio ao pesquisador.

Agora, gostaria de dedicar essa parte dos agradecimentos a quem de forma direta e pessoal foi meu alicerce em todos os momentos difíceis que enfrentei durante esses anos de mestrados, em meio ao caos de uma pandemia, e que me ajudaram a não desistir e a concluir esse processo.

Assim, agradeço

A Deus, pois sem minha espiritualidade eu não seria quem sou, não chegaria aonde almejo e não acreditaria no que busco. Deus é minha força, fé e crença.

Aos meus amados pais, Sales Ribeiro e Elcy Sales, a quem não tenho palavras suficientes para descrever toda a gratidão que sinto. Eles conseguem acreditar em mim mesmo quando eu não o faço. Quando eu caio, são sempre eles que me levantam, me põem de pé e me ensinam a caminhar novamente. Eles são meu eterno aprendizado, minha base, minha fortaleza e meu verdadeiro amor. Foram meu principal apoio durante todos os momentos desta pesquisa.

Ao meu irmão, Leonardo Ribeiro, quem me ensina todo dia sobre resiliência e empatia. Foi o primeiro, em minha vida, a me construir como psicóloga.

A todos os meus amigos de vida Jamille, Vanessa, Carina, Mariana C., Mariana B. Fernando Virgílio, Raíza, Sarah, Lara, Beatriz, Marina, Larissa, Luana e Thayane que, cada um à sua maneira, foi me possibilitando momentos de desabafos, de diversão e de comemoração das conquistas que cada instante desta pesquisa me propiciou.

As amigas Thicianne, Sophia, Fernanda e Scarlet que ganhei ao entrar nesse mundo de pós-graduação. Elas seguraram minhas mãos e tornaram esse processo menos solitário e adoeecedor, e mais acalentador e colaborativo.

A todos os citados, meu muito obrigada!

RESUMO

A Avaliação Terapêutica (AT) é um processo de avaliação psicológica interventiva e colaborativa que apresenta benefícios terapêuticos diretos e positivos ao cliente, como redução da sintomatologia e a melhora da autoestima, além de proporcionar o amadurecimento do cliente. A autoestima é um fator da personalidade relacionado ao valor que a pessoa dá a si mesma, e nos contextos de trauma e de violência, geralmente, se apresenta bastante fragilizada. Por isso, é um dos principais focos de psicólogos que trabalham no contexto de Violência por Parceiros Íntimos (VPI), que se caracteriza por atitudes violentas tidas por pessoas em relacionamentos afetivo-sexuais. Essa violência é sofrida frequentemente por mulheres heterossexuais e provoca danos à saúde física e psicológica. Considerando então, os benefícios terapêuticos da AT, essa pesquisa se propõe a verificar como a AT pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram VPI. Realizou-se o processo de AT com três mulheres adultas heterossexuais divorciadas. Os três processos de AT seguiram a semiestrutura de seis etapas, com uma média de nove a dez sessões presenciais, que tinham duração média de 90 a 120 minutos. Todos os protocolos de biossegurança em função da pandemia por Covid-19 foram seguidos durante os atendimentos que ocorreram no período pandêmico. A pesquisa teve natureza mista com estudo de caso múltiplo, utilizando análise de conteúdo e investigação pré e pós-intervenção, que serviram para compreensão do processo de mudança da autoestima durante e após a AT. Os instrumentos utilizados no pré e pós-intervenção foram a Escala de Autoestima de Rosenberg, a Escala de Autoconceito de Jenis e Field, a Escala de Auto-imagem, a *Self-Reporting Questionnaire*, a *Magical Ideation Scale*, a *Experiences in Close Relationship Scale*, a *Posttraumatic Cognitions Inventory* e as escalas Beck de ansiedade, depressão, desesperança e suicídio. Os resultados apontaram a redução da sintomatologia quanto ao sofrimento psíquico e ao trauma. Ademais, houve redução de conteúdos quanto aos fatores de risco e emocionais da VPI e de baixa autoestima, duas participantes tiveram mudanças confiáveis na autoestima e uma apresentou ausência de mudança. Quanto ao processo de mudança, a AT foi capaz de estimular fatores de mudança como participação ativa, reflexão e enfrentamento, apresentando pontos de mudança durante todas suas etapas. As participantes consideraram o processo de AT uma ferramenta de apoio importante para o enfrentamento à violência. Sugeriu-se, então, que por meio desses fatores a AT proporcionou benefícios terapêuticos e influenciou a autoestima positivamente, servindo como estratégia de enfrentamento no contexto de VPI. Assim, este estudo analisou o processo de AT, apresentando que a AT pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram VPI e situações de trauma,

além de fornecer dados que contribuem para o conhecimento de como a AT estimula o processo de mudança no cliente e na autoestima durante o processo avaliativo.

Palavras-chaves: avaliação terapêutica; violência por parceiro íntimo; autoestima; avaliação psicológica; violência doméstica.

ABSTRACT

Therapeutic Assessment (TA) is an interventional and collaborative psychological assessment process that presents direct and positive therapeutic benefits for the client, such as reducing symptoms and improving self-esteem, in addition to providing maturity to the client. Self-esteem is a personality factor related to the value a person attaches to himself and, in contexts of trauma and violence, it is usually quite fragile. Therefore, it is one of the main focuses of psychologists who work in the context of Intimate Partner Violence (IPV), which is characterized by violent attitudes taken by people in affective-sexual relationships. This violence is often suffered by heterosexual women and causes damage to physical and psychological health. Considering, then, the therapeutic benefits of TA, this research aims to verify how TA can influence the self-esteem of women who have experienced IPV. The TA process was carried out with three divorced heterosexual adult women. The three TA processes followed a semi-structure of six stages, with an average of nine to ten face-to-face sessions, which had an average duration of 90 to 120 minutes. All biosafety protocols due to the Covid-19 pandemic were followed during visits that occurred during the pandemic period. The research was mixed in nature to a multiple case study, using content analysis and pre- and post-intervention investigation, which served to understand the process of self-esteem change during and after TA. The instruments used in the pre- and post-intervention were the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Jenis and Field Self-Concept Scale, the Self-Image Scale, the Self-Report Questionnaire, the Magic Ideation Scale, the Experiences in Close Relationship Scale, Inventory of Post-Traumatic Cognitions and Beck Anxiety, Depression, Hopelessness and Suicide Scales. The results showed a reduction in symptoms related to psychological distress and trauma. In addition, there was a reduction in the content related to risk and emotional factors of IPV and low self-esteem, two participants showed reliable changes in self-esteem, and one didn't. As for the change process, the TA was able to stimulate change factors such as active participation, reflection and confrontation, presenting points of change in all its stages. Participants considered the TA process an important tool to support the fight against violence. It was then suggested that, through these factors, TA provided therapeutic benefits and positively influenced self-esteem, serving as a coping strategy in the context of IPV. Thus, this study analyzed the TA process, showing that TA can influence the self-esteem of women who have experienced IPV and trauma situations, in addition to providing data that contribute to the knowledge of how TA stimulates the process of change in the client and in the self-esteem during the assessment process.

Keywords: therapeutic assessment; intimate partner violence; self-esteem; psychological assessment; domestic violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 –	Categorias referentes à violência.....	40
Figura 2 –	Índices e categorias do caso Esmeralda.....	89
Figura 3 –	Índices e categorias do caso Safira.....	90
Figura 4 –	Índices e categorias do caso Rubi.....	90
Fluxograma 1 –	Etapas da AT e seus objetivos.....	27
Fluxograma 2 –	Revisão Sistemática de Violência por Parceiros Íntimos (VPI)....	41
Fluxograma 3 –	Triangulação convergente dos resultados.....	92
Quadro 1 –	Fatores de mudança observados no cliente.....	31
Quadro 2 –	Comparação das etapas da AT com fatores de mudança do cliente.....	36
Quadro 3 –	Referências da revisão sistemática VPI.....	154
Quadro 4 –	Organização dos estudos por tópicos.....	43
Quadro 5 –	Organização dos estudos por fatores de risco.....	51
Quadro 6 –	Fatores de risco e emocionais da VPI que fragilizam a autoestima...	59
Quadro 7 –	Síntese dos instrumentos utilizados para a pesquisa e para AT.....	82
Quadro 8 –	Informações sobre o processo de AT para cada caso.....	87
Quadro 9 –	Comparativo Sociodemográfico dos três casos.....	94
Quadro 10 –	Respostas das clientes quanto as suas percepções sobre a autoestima.....	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Informações da análise de conteúdo de cada caso.....	89
Tabela 2 –	Comparativo das frequências dos índices da análise do conteúdo de acordo com as etapas da AT por caso.....	104
Tabela 3 –	Comparativo dos resultados da avaliação da AT de cada caso.....	131
Tabela 4 –	Comparativo dos resultados quanto à Relação Terapêutica de cada caso.....	133
Tabela 5 –	Comparativo dos resultados dos instrumentos aplicados pré e pós-AT.....	135
Tabela 6 –	Comparativo dos resultados do IMC nos três casos.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Ausência de Mudança
AP	Avaliação Psicológica
AT	Avaliação Terapêutica
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Escala de Desesperança de Beck
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CG	Grau de Confiança
Covid-19	Coronavírus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAI	Escala de Auto-Imagem
EAJF	Escala de Autoconceito de Janis e Field
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
ECR	<i>Experiences in Close Relationship Scale</i>
Fe	Frequência Esmeralda
Fs	Frequência Safira
Fr	Frequência Rubi
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IGC	Instituto de Gestalt-Terapia do Ceará
IMC	Índice de Mudança Confiável
Leapsi	Laboratório de Estudo e Práticas em Avaliação Psicológica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Método JT	Método Jacobson e Truax
MIS	<i>Magical Ideation Scale</i>
MNC	Mudança Negativa Confiável
MPC	Mudança Positiva Confiável
OMS	Organização Mundial de Saúde
P1	Psicóloga 1
P2	Psicóloga 2

PTCI	<i>Posttraumatic Cognitions Inventory</i>
QA	Questionário de Avaliação
Satepsi	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT/EPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
VPI	Violência por Parceiros Íntimos
WAI	<i>Working Alliance Inventory</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	Avaliação Terapêutica (AT)	19
2.1.1	<i>Caracterização da AT</i>	20
2.1.2	<i>Benefícios terapêuticos e fatores de mudança na AT</i>	28
2.1.3	<i>AT, autoestima e violência</i>	37
2.2	Violência por Parceiros Íntimos (VPI)	40
2.2.1	<i>Caracterização, prevalência e aspectos da mulher que sofre VPI</i> . ..	43
2.2.2	<i>Fatores de risco para sofrer VPI</i>	50
2.2.3	<i>Fatores emocionais da VPI</i>	59
2.2.4	<i>VPI, Psicologia e estratégia de apoio</i>	63
3	OBJETIVOS	65
4	MÉTODO	66
4.1	Tipo de estudo	66
4.2	Participantes	67
4.3	Locais dos atendimentos	69
4.4	Instrumentos	70
4.4.1	<i>Instrumentos utilizados na Triagem e na Sessão de Acompanhamento da AT</i>	70
4.4.2	<i>Instrumentos utilizados durante os processos de AT</i>	77
4.5	Procedimentos	83
4.6	Análise de dados	88
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
5.1	Perfil sociodemográfico das participantes	93
5.2	Processo de mudança durante a AT	96
5.2.1	<i>Avaliação Terapêutica de cada caso</i>	96
5.2.2	<i>Análise de conteúdo das etapas da AT por caso</i>	103
5.2.2.1	<i>Categoria Fatores de risco VPI</i>	104
5.2.2.2	<i>Categoria Fatores Emocionais VPI</i>	115
5.2.2.3	<i>Categoria Fatores de mudança</i>	123
5.2.2.4	<i>Categoria Autoestima</i>	129
5.2.3	<i>Avaliação da AT e da Relação Terapêutica pelas clientes</i>	131
5.3	Processo de mudança pré e pós-AT	135
6	CONCLUSÃO	142
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICE A – QUADRO 3 – REFERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA VPI	154
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	157
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	159
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E VIOLÊNCIA	160
	APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO WORKING ALLIANCE INVENTORY	163
	APÊNDICE F – TERMO DE PERMISSÃO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO E DE VÍDEO	164

APÊNDICE G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E DE SIGILO.....	165
ANEXO A – SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE.....	166
ANEXO B – MAGICAL IDEATION SCALE.....	167
ANEXO C – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	168
ANEXO D – ESCALA DE AUTOCONCEITO DE JANIS E FIELD.....	169
ANEXO E – ESCALA DE AUTO-IMAGEM.....	170
ANEXO F – EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIP SCALE.....	171
ANEXO G – POSTTRAUMATIC CONGNITIONS INVENTORY.....	173
ANEXO H – ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE II.....	174

1 INTRODUÇÃO

A Avaliação Terapêutica (AT) é um processo semiestruturado de avaliação psicológica interventiva, que objetiva investigar, colaborativamente com o cliente, os seus dilemas, possibilitando a redução do seu sofrimento e a ressignificação de suas experiências vividas, o que pode promover mudanças positivas para o avaliando. Na AT, há influência de princípios humanistas e fenomenológicos e o cliente é considerado a principal referência sobre si mesmo, incentivando sua participação em cada etapa da avaliação. Além disso, os testes e técnicas psicológicas são usados como ferramentas para ampliar o campo de visão do cliente sobre seus comportamentos, pensamentos e percepções (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013; FINN; TONSAGER, 1997; VILLEMOR-AMARAL, 2016; VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018).

Quanto aos benefícios terapêuticos possibilitados pela AT, diferentes estudos investigam e respaldam empiricamente que há efeitos e mudanças positivas para o cliente, como por exemplo, a diminuição da sintomatologia/sofrimento e o aumento/melhora da autoestima (ASCHIERI; SMITH, 2012; DUROSINI; ASCHIERI, 2021; FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013). Nesse conjunto de estudos, os benefícios da AT são associados aos princípios da AT, à colaboração entre cliente e terapeuta, aos resultados e às informações que os testes psicológicos fornecem, às possíveis experiências do cliente evocadas durante a avaliação e à busca constante da participação ativa do cliente pelo terapeuta. Além disso, a capacidade da AT em promover o processo de mudança e a diminuição do sofrimento podem se relacionar não diretamente a uma mudança nos sintomas em si, mas em como o cliente passa a perceber e a refletir sobre si mesmo e a enfrentar os seus problemas, o que pode afetar diretamente a autoestima (NEWMAN; GREENWAY, 1997).

A autoestima é um fator da personalidade construído bio-psico-socio-culturalmente e relacionado com o valor que o sujeito faz de si mesmo em sua totalidade, ou seja, é o apreço que o indivíduo apresenta quanto à autopercepção dos seus atributos, potencialidades, qualidades, defeitos, pensamentos e desejos (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Pode ser avaliada enquanto estado, ao refletir sobre momentos ou eventos específicos vivenciados pelo sujeito, ou traço, quando sua estabilidade é investigada em um intervalo de tempo (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010). Ademais, a autoestima é considerada um fator importante quando se objetiva trabalhar com pessoas que vivenciaram traumas e/ou violências, por exemplo (TAROCCHI *et al.*, 2013).

Nesse sentido, sofrer violência pode fragilizar uma autoestima considerada positiva (FAUR, 2012) e uma autoestima fragilizada pode contribuir para a permanência e/ou envolvimento em situações de violência ou em relacionamentos afetivo-sexuais violentos (PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017). No geral, a violência é definida por comportamentos que ameacem, que causem danos e/ou que ponham em risco a própria vida e/ou a de outras pessoas (DAHLBERG; KRUG, 2007). Existem diferentes tipos de violência, como a Violência Doméstica, que é um tipo de violência que ocorre no âmbito familiar (BRASIL, 2006), sendo a violência mais frequente a que ocorre entre os parceiros íntimos, também conhecida como Violência por Parceiros Íntimos (VPI), podendo os parceiros estarem ou não em uma relação afetivo-sexual (OMS, 2012).

Os principais fatores de risco associados à VPI (OMS, 2012) são a exposição e a sobreposição dos tipos de violência (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), aceitação à violência, fatores sociodemográficos e econômicos, gênero, consumo de álcool e de drogas, transgeracionalidade, saúde física, transtorno mental, além da autoestima (PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017). Adicionalmente aos fatores de risco, há os fatores de ordem emocional (CARDOSO; COSTA, 2019; DOURADO; NORONHA, 2014, 2015; FAUR, 2012; SOUTO; BRAGA, 2009) frequentemente observados na mulher que sofre VPI, como o medo, a vergonha, a dependência emocional, a esperança, a raiva e a culpa. Os fatores emocionais são características individuais que contribuem para a dinâmica da violência como também podem ser influenciados pela violência presente na relação afetivo-sexual, afetando características da personalidade, como a autoestima (FAUR, 2012).

As mulheres heterossexuais casadas, em união estável ou separadas são quem mais sofrem esse tipo de violência de seus parceiros e, no contexto de pandemia por Covid-19, houve o aumento da ocorrência dos casos de VPI, bem como da gravidade das violências cometidas contra as mulheres por seus parceiros (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021). A necessidade de isolamento social, obrigava a pessoa que sofria essa violência em seu relacionamento a conviver de forma mais intensa com o agressor. No Brasil, verificou-se que cerca de 17 milhões de mulheres sofreram algum tipo de violência no período de 2020 e 2021. Em que 3,7 milhões de mulheres sofreram algum tipo de violência sexual, 4,3 milhões foram agredidas fisicamente e 13 milhões declararam sofrer violências verbais. Além disso, das mulheres agredidas, 61,8% tiveram redução na renda financeira ou perderam o emprego (46,7%), aumentaram o nível de estresse (68,2%) e passaram a consumir mais bebidas alcoólicas (16,6%). Destaca-se que 43,5% dos perpetradores foram (ex)conjugues, (ex)companheiros e (ex)namorados e 44,9% das mulheres agredidas não procuraram apoio ou não denunciaram após a agressão (BUENO *et al.*, 2021).

Profissionais da Saúde, como psicólogas, observaram que ao se trabalhar diretamente com a pessoa que vivenciou uma situação de violência, é necessária uma abordagem que considere e que reflita sobre a totalidade do indivíduo e do contexto de violência sofrido (ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018), pois compreende-se que a VPI é multifatorial. Nesse sentido, as diferentes práticas de intervenção psicológica podem possibilitar uma estratégia de apoio para a pessoa que sofreu VPI, sendo necessário identificar as principais características do modo de ser da pessoa que possam estar associadas ao contexto de VPI, e permitindo compreender os diferentes fatores relacionados a violência e suas possíveis consequências (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019). A partir dessa perspectiva, sugere-se a AT como uma possível estratégia de apoio para mulheres que sofreram VPI.

Pensou-se a AT como uma estratégia viável na medida em que proporciona um espaço de diálogo e de reflexão das experiências e da própria autopercepção podendo reverberar na autoestima a partir de fontes confiáveis de avaliação, que conta com os testes psicológicos como forma de ampliar a percepção sobre si, bem como experienciar e modificar a própria história de vida (FINN, 2017; VILLEMOR-AMARAL, 2016). Escolheu-se abordar mulheres adultas heterossexuais separadas que sofreram VPI, por ser um dos públicos que mais sobre esse tipo de violência, e considerou-se a autoestima como fator de investigação, por compreendê-la como um dos fatores relevantes para o cuidado de mulheres que sofreram VPI (GOMES *et al.*, 2014).

Reforça-se que, na literatura, a melhora da autoestima é apontada como um dos benefícios possibilitados pela AT (FINN; TONSAGER, 1992). Além disso, devido à recente introdução da AT no contexto de avaliação psicológica brasileira, as pesquisas nacionais são escassas. Em meio as publicações de artigos brasileiros tem-se Villemor-Amaral (2016), Villemor-Amaral e Resende (2018), Scaduto, Cardoso e Heck (2019), Fernandes *et al.* (2021) e Giasson, Ribeiro e Cardoso (no prelo), não há ainda estudos que utilizem e investiguem o processo de AT em contexto de violência. E no contexto internacional, os estudos encontrados que abordam a temática de violência são campo da AT com adolescentes (HOLIGROCKI *et al.*, 2009) e com pessoas encarceradas que cometeram violência (CHUDZIK; ASCHIERI, 2013; CHUDZIK, 2016), não havendo estudos sobre violência nos relacionamentos afetivo-sexuais. Por isso, se propõe neste estudo, verificar como a AT pode influenciar na autoestima de mulheres que vivenciaram VPI.

Para melhor compreensão do objetivo proposto, primeiramente, apresentou-se o aporte teórico, que foi composto por dois capítulos, a saber, 1. Avaliação Terapêutica (AT) e 2. Violência por Parceiros Íntimos (VPI). O primeiro capítulo aborda a AT a partir dos aspectos

teóricos, da estrutura, dos benefícios terapêuticos e dos fatores de mudança do cliente, na relação da AT, autoestima e o contexto de violência. Enquanto, o segundo capítulo apresenta a temática da VPI propriamente dita, buscando caracterizá-la, compreendendo seu ciclo e tipologia, além de abordar prevalências e possíveis associações quanto ao risco e ao estado emocional das pessoas que sofrem VPI. Ademais, discute-se as características da mulher que sofre VPI e a AT como estratégia de apoio para essas mulheres.

Para contemplar os objetivos desta pesquisa, realizou-se uma pesquisa mista com estudo de caso múltiplo. A pesquisa mista permite investigar a experiência, a vivência e os comportamentos dos indivíduos, ampliando a compreensão, a interpretação e a discussão sobre o que se investiga a partir de dados qualitativos e quantitativos (CRESWELL, 2007). Enquanto o estudo de caso contribui para responder hipóteses relacionadas a “como?” e ao “por quê?” (YIN, 2001). Neste estudo, por exemplo, perguntou-se “como a AT influencia na autoestima de mulheres que vivenciaram VPI?”, e a partir dessa pergunta pode-se verificar resultados quantos aos fatores de mudança e aos benefícios alcançados apresentados a partir da análise de conteúdo de cada etapa da AT e das análises pré e pós-avaliação sobre a autoestima e fatores relacionados. Assim, investigar o processo da AT por meio do estudo de caso amplia o campo de visão do pesquisador, o que possibilita perceber os fatores de mudança do cliente durante a avaliação (ASCHIERI; SMITH, 2012) que possam influenciar diretamente no benefício da autoestima e o como esse benefício ocorre.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Avaliação Terapêutica (AT)

A avaliação psicológica (AP), no Brasil, é definida como um processo de avaliação que possui uma estrutura para a investigação psicológica, a qual irá gerar um diagnóstico psicológico. A estrutura é composta por métodos, por técnicas e por instrumentos que objetivam coletar informações para orientar o psicólogo na tomada de decisão quanto ao objetivo e ao objeto avaliado (CFP, 2018), ou seja, quanto ao diagnóstico e ao cliente.

Os testes psicológicos, frequentemente, são instrumentos utilizados na investigação psicológica, devendo possuir características que tornam seu uso adequado, como uma fundamentação teórica consistente com o que se propõe a investigar, clareza quanto ao objetivo, à aplicação e à interpretação do instrumento e à apresentação de evidências empíricas sobre as qualidades psicométricas dos itens, além de possuir estudos normativos com a população brasileira. Ressalta-se que, no Brasil, o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) é o órgão responsável por avaliar se um teste psicológico possui os critérios necessários para o uso clínico, devendo ser consultado mediante avaliações psicológicas que envolvam testes com brasileiros (CFP, 2018).

Não cabe neste estudo aprofundar o contexto histórico da AP, mas é importante compreender que, durante muito tempo, a AP foi vista e ensinada como um processo impessoal no qual o cliente possuiria uma demanda que necessitaria ser investigada, e o teste representaria o principal ou, muitas vezes, o único meio considerado para a coleta de informações. O cliente, então, seria o foco de observações e de anotações que guiariam o resultado diagnóstico, tendo participação mínima no processo, visto que o seu papel seria o de relatar o histórico relacionado à demanda e aos sintomas sentidos, isto é, o cliente exerceria um papel passivo frente ao psicólogo que se tornaria o responsável pela interpretação dos resultados, utilizando sua experiência profissional para a compreensão da demanda e para desvendar qual o melhor tratamento a ser seguido pelo cliente (VILLEMOR-AMARAL, 2016).

Não é recente as críticas quanto à impessoalidade e à forma como a AP tradicional é ensinada e realizada, principalmente, no que tange as possibilidades e as potencialidades existentes em processos avaliativos (VILLEMOR-AMARAL, 2016). A partir dessas críticas discutia-se a potencialidade terapêutica que o processo de avaliação poderia provocar nos avaliandos quando introduzidos alguns princípios utilizados pela psicoterapia humanista

(FINN; TONSAGER, 1997). Então, buscando mudar suas formas de atuação na AP, os psicólogos iniciaram um processo de humanização em suas práticas avaliativas, visando que a avaliação também contemplasse e considerasse produzir benefícios terapêuticos diretos e positivos para o cliente (VILLEMOR-AMARAL, 2016).

O cliente, então, passaria a ser visto como a pessoa de referência para explicar sobre os eventos relacionados a demanda investigada e aos seus possíveis significados, e os testes seriam considerados como uma das ferramentas possíveis de compreensão sobre o avaliando. Desse modo, os resultados dos testes só teriam sentido a partir das discussões e dos diálogos com o cliente, quem seria incentivado a falar de vivências e de situações que os resultados possam evocar, isto é, a experiência do cliente e a relação terapêutica se tornam o foco das APs ditas interventivas e/ou colaborativas (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018).

Surgem, então, vários tipos de APs interventivas e/ou colaborativas, como o Psicodiagnóstico Grupal Interventivo, Processo Interventivo de Orientação Psicanalítica e a Avaliação Terapêutica (AT) (SCADUTO; CARDOSO; HECK, 2019). Porém, destaca-se que a AT é a única que possui uma semiestrutura que considera a utilização de diferentes tipos de testes psicológicos (autorrelato e projetivo) e os seus resultados durante toda a avaliação, os manejando como “porta de acesso” a história e a vivência do cliente, além de percebê-los como potencializadores e ampliadores de experiências benéficas e terapêuticas para o cliente (VILLEMOR-AMARAL, 2016).

Como o foco deste estudo é o processo de AT, buscou-se apresentar esse modelo a partir de uma revisão narrativa. Considerou-se a lista de referências bibliográficas sobre AT disponibilizadas no *Therapeutic Assessment Institute* (<http://www.therapeuticassessment.com>) e o livro *Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da Avaliação Terapêutica* (2017) de Stephen Finn, principal responsável pelo desenvolvimento da AT. Além disso, foi necessário a adição de outras referências à revisão por tratarem da temática de processo de mudança e de autoestima. O conteúdo, então, foi dividido em três subtópicos, a saber, 1. Caracterização da AT, 2. Benefícios terapêuticos e fatores de mudança na AT e 3. AT, autoestima e violência apresentados a seguir.

2.1.1 Caracterização da AT

A AT é um processo avaliativo e de intervenção breve, que possui uma proposta colaborativa e semiestruturada. Foi desenvolvida por Stephen Finn e por colaboradores, no final da década de 1980, em Austin, no Texas (Estados Unidos). Criada devido uma crescente

inquietação de Finn com os modelos tradicionais de AP, que lhe pareciam avaliações, em sua maioria, para coletar informações. Finn buscava proporcionar para os clientes uma avaliação psicológica que lhes ajudassem diretamente e que produzisse um efeito benéfico, ou seja, terapêutico em suas vidas (FINN, 2017; VILLEMOR-AMARAL, 2016). Finn (2007) descreve os principais caminhos que o levaram a desenvolver a AT, bem como os pressupostos e a estrutura da AT, incluindo exemplos de casos atendidos na perspectiva da AT no livro *In our clients' shoes: theory and techniques of therapeutic assessment* (2007), traduzido para o Brasil, com o título *Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da Avaliação Terapêutica* (FINN, 2017).

Finn (2017) sustenta as bases da AT a partir da forte influência da filosofia fenomenológica e dos teóricos humanistas, e propõe uma avaliação psicológica que se baseia nos princípios de “colaboração, respeito pelos clientes, humildade, compaixão, abertura e curiosidade” (FINN, 2017, p.5), os quais são mais significativos para a AT do que as técnicas avaliativas em si. Para tanto, Finn realizou mudanças no seu modo de fazer a AP, principalmente, no que tange ao objetivo, ao processo avaliativo, ao foco, ao papel do terapeuta e à perspectiva dos testes psicológicos (FINN; TONSAGER, 1997), conforme descritos a seguir.

Na AT, o objetivo é que a avaliação produza novas experiências para o cliente ou que este termine o processo com novas informações sobre si que o permita realizar mudanças posteriores em sua vida, ou seja, a AT, para além de avaliar, busca possibilitar ao cliente ampliação do autoconhecimento e processos de desenvolvimento individual. Quanto ao processo avaliativo, a avaliação é planejada para funcionar a partir de uma relação empática do terapeuta com o avaliando e da participação ativa do cliente, a quem é informado o objetivo de cada etapa e dos procedimentos utilizados, além do compartilhamento e da exploração dos resultados encontrados durante a avaliação (FINN; TONSAGER, 1997).

Isto quer dizer que na AT, durante todo o processo, o cliente é estimulado a participar ativamente para que ele se sinta à vontade em compartilhar, em explorar e em discutir suas demandas e os resultados dos testes psicológicos e dos outros métodos investigativos utilizados. Assim, torna-se o cliente também responsável por seu processo avaliativo, no que ele e o terapeuta desenvolverão uma relação de equilíbrio, unindo os seus saberes, em que o avaliando é o especialista sobre a própria vida e o psicólogo, sobre a psicologia (FINN; TONSAGER, 1997).

Ao tratar do foco da avaliação, na AT, há uma ênfase na experiência, principalmente, aquela que possa ser compartilhada durante a avaliação pelo cliente e pelo

terapeuta, além da relação terapêutica, ou seja, a AT foca na intersubjetividade presente na relação das subjetividades do terapeuta e do cliente, o que facilita que o terapeuta tenha uma visão ampliada do processo e possa desenvolver uma relação empática com o cliente. O papel do terapeuta, assim, é de participante-observador no processo da AT. O próprio modo de ser do psicólogo, a experiência profissional e o saber teórico influenciam no processo avaliativo. Torna-se, então, participante de uma relação dinâmica e ativa com o cliente, baseada no respeito, na empatia e no compartilhamento de informações, buscando ajudar ao cliente a ampliar o seu panorama de autoconhecimento (FINN; TONSAGER, 1997).

E, por último, na AT os testes psicológicos são considerados ferramentas padronizadas, confiáveis e válidas que possibilitam aprofundar a compreensão do mundo pela perspectiva do cliente, além dos resultados dos testes serem compartilhados e dialogados com o avaliando. Ademais, a administração dos testes psicológicos podem produzir experiências diferentes das já conhecidas pelo cliente, além de ampliar o diálogo e a visão do terapeuta para as experiências subjetivas do avaliando, fortalecendo, assim, a relação terapêutica (FINN; TONSAGER, 1997).

Em suma, a AT, se refere a um processo colaborativo em que o terapeuta busca a construção e a manutenção de um vínculo terapêutico empático para além da coleta de informações. Na AT, o terapeuta e o cliente buscam juntos compreender as questões-problemas e definir objetivos que guiarão o processo. Desse modo, durante toda a avaliação, o terapeuta compartilha os dados obtidos com o cliente, que por sua vez compartilha significados, experiências e impressões. Estabelecer uma relação de respeito, de empatia e de confiança que proporcionem segurança para o cliente, ajuda, por exemplo, na forma como o cliente se relaciona com outras pessoas, além de, possivelmente, diminuir sentimentos de solidão e de angústia que possam ter mobilizado a procura do atendimento (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018).

Quanto a técnica em si, a estrutura da AT é composta por seis etapas que servem de apoio para os psicólogos que iniciam o processo avaliativo no contexto da AT, além de facilitar o uso em pesquisas e no ensino (FINN, 2017). A estrutura da AT não pode ser compreendida com rigidez, pois conforme o psicólogo se apropria da AT e conhece o avaliando mais facilmente identificará quais etapas serão necessárias e como serão construídas para responder as demandas do cliente. Ademais, Finn (2017) sugere averiguar com o cliente a possibilidade de gravar as sessões por equipamentos audiovisuais, visto que as gravações auxiliam o terapeuta no estudo e no planejamento do caso, podendo ser úteis para facilitar as intervenções e possibilitar o desenvolvimento de pesquisas.

As etapas da AT são organizadas em sessão inicial, de testes padronizados, de intervenção, de resumo e discussão, da devolutiva por escrito e, por último, de acompanhamento. Ressalta-se que todas as etapas são constantemente discutidas com o cliente, bem como os instrumentos e técnicas utilizados (FINN, 2017).

A primeira etapa consiste em o terapeuta e o cliente compreenderem as demandas do cliente sobre si mesmo e as organizar em perguntas que nortearão o processo. Dessa forma, nas Sessões Iniciais, o avaliador investiga quais as dúvidas, curiosidades ou dificuldades que o cliente tem sobre ele mesmo para originar perguntas que se tornarão o foco avaliativo. Essa etapa é o início da construção da relação terapêutica, em que as perguntas favorecem uma ligação segura entre cliente e terapeuta (FINN, 2017). Ademais, o terapeuta adota uma postura empática diante das demandas do cliente e o cliente ao perceber que suas questões são tidas como importantes pelo avaliador, pode se sentir respeitado, mobilizando-se e envolvendo-se no processo avaliativo, além de perceber que sua participação é essencial para a construção e para a condução da avaliação, ou seja, o cliente se percebe como coparticipante junto ao terapeuta (FINN; MARTIN, 2013).

As perguntas elaboradas pelos clientes, segundo Finn (2017) contribuem para atrair a curiosidade sobre eles mesmos durante a avaliação, o que pode diminuir a ansiedade e os tornar participantes ativos no processo. Quando o cliente formula perguntas sobre si, permite que o psicólogo obtenha informações sobre os recursos autoperceptivos internos do avaliando. Após elucidar as experiências de vida que o cliente relaciona com a demanda, o terapeuta pergunta ao cliente possíveis respostas que poderiam obter ao final do processo e, em seguida, pergunta sobre o que o cliente teme ouvir como resposta às perguntas avaliativas. Essas duas perguntas também delimitam o foco terapêutico, isto é, o avaliador compreende até onde o cliente está aberto para a investigação, visto que é a partir das perguntas avaliativas que se organiza todo o processo de AT (FINN; MARTIN, 2013).

A ação de permitir que o avaliando delimite o processo avaliativo, evita que tópicos que possam ser considerados aversivos ou vergonhosos pelo cliente sejam abordados, ao menos no processo inicial. No final dessa etapa, o avaliador revisa as perguntas construídas com o cliente e o questiona se há alguma dúvida sobre o processo ou sobre o próprio terapeuta, o que transmite ao cliente que ele pode abordar angústias que ele possa vir a ter sobre o psicólogo e o processo avaliativo (FINN; MARTIN, 2013). Caminha-se, então, para a segunda etapa do processo.

Nessa fase mais padronizada da avaliação, chamada Sessão de Testes Padronizados, é informado ao cliente sobre o uso dos testes psicológicos, os quais serão administrados de

acordo com suas padronizações para a coleta de informações que ampliará o conhecimento sobre o cliente e as perguntas avaliativas (FINN; MARTIN, 2013). O terapeuta, antes de administrar qualquer teste psicológico, primeiramente, expõe e dialoga com o cliente aspectos que considera pertinente abordar e que estão diretamente relacionados com as perguntas da avaliação e, por sua vez, o cliente apresenta suas dúvidas e se concorda com os aspectos pensados para ser investigados pelos instrumentos. Destaca-se que não há um conjunto de testes psicológicos pré-estabelecidos, sendo esses definidos a partir das perguntas do avaliando, atentando-se para que os primeiros testes psicológicos aplicados estejam visivelmente alinhados as perguntas avaliativas do cliente. A atitude de focar primeiro nas perguntas diminui a ansiedade do indivíduo, que compreende o motivo da utilização daquele teste (FINN, 2017).

É nessa etapa que se observa o diferencial da AT de outras abordagens interventivas e/ou colaborativas, pois o psicólogo buscará mesclar a administração de testes de autorrelato e de projetivos, ampliando a compreensão sobre o cliente e maximizando sua experiência com os instrumentos (VILLEMOR-AMARAL, 2016), logo, a utilização dos testes psicológicos na AT é indispensável e objetiva fornecer descrições e possíveis explicações do modo de existir e de ser do avaliando. Além disso, como discutido anteriormente, os resultados não devem ser vistos como fatos absolutos sobre a personalidade do indivíduo, mas como possíveis padrões de comportamentos que contam histórias, visto que na perspectiva humanista, a interpretação do cliente sobre si mesmo é significativa (FINN; TONSAGER, 1997).

Após a aplicação padronizada dos testes, na AT, é comum o terapeuta investigar com o cliente como foi a experiência de responder o teste psicológico, além de buscar entender possíveis respostas que estejam relacionadas com o conteúdo das perguntas avaliativas. Esse diálogo ao final dos testes, denominado como inquérito estendido, é importante para que o terapeuta compreenda, posteriormente, os resultados obtidos, permitindo também que, progressivamente, cliente-terapeuta coeditem as histórias do avaliando, o que pode ocasionar mudanças gradativas durante o processo avaliativo (FINN, 2017).

Já na Sessão de Intervenção, o terapeuta busca trabalhar com o cliente as questões problemas que são o foco da avaliação. Para que a intervenção ocorra de forma satisfatória, é necessário que haja uma boa conceitualização do caso, isto é, o terapeuta prepara-se anteriormente, revisando cuidadosamente os resultados dos testes, as informações trazidas pelo cliente, as discussões realizadas nas sessões anteriores e as suas próprias observações do caso (FINN, 2015).

Após a conceitualização do caso, o psicólogo compreende qual a dificuldade apresentada pelo cliente e como essa dificuldade se relaciona com as perguntas, convidando o

cliente para refletir sobre essa dificuldade (FINN; MARTIN, 2013). Isto significa que esta etapa permite ao terapeuta e ao avaliando explorar e testar ideias percebidas na conceitualização. Ao experienciar e ao refletir sobre os problemas, o cliente pode compreender e assimilar formas diferentes ou novas vivências alcançadas por meio do processo avaliativo, além de proporcionar informações e abertura para a etapa seguinte da avaliação. Essa sessão também auxilia para que o terapeuta não realize “interpretações prematuras” sobre o cliente e os resultados dos testes (FINN, 2017).

Na etapa seguinte, o cliente e o terapeuta exploram a relação e os possíveis significados dos resultados encontrados, os vinculando as experiências do avaliando durante todas as etapas anteriores do processo avaliativo. Inicialmente, era chamada de sessão de devolutiva/feedback, mas na medida que Finn foi aperfeiçoando a AT e estudando pressupostos humanistas passou a chamá-la de Sessão de Resumo e Discussão por reunir todos os resultados encontrados e discuti-los com o cliente, apresentando a bidirecionalidade na relação terapêutica (FINN, 2017). É nesta etapa que o psicólogo apresenta os resultados do processo avaliativo, os relacionando com as perguntas avaliativas do cliente e incentivando o diálogo ao questionar para o cliente o que ele pensa sobre os resultados apresentados e, caso necessário, se ele consegue dar exemplos de sua rotina em que observa situações que se relaciona com o que foi dialogado (FINN; MARTIN, 2013).

Finn (2017) sugere que os resultados da avaliação sejam elencados para o cliente, a partir de três níveis de informações. No nível um seriam apresentados os achados avaliativos que confirmam como o cliente pensa sobre si. Já no nível dois, os achados abrangeriam informações que possam reformular ou mudar algumas concepções mais profundas ou com teor mais subjetivo que o cliente tenha sobre sua autoimagem. Enquanto o terceiro nível, se relacionaria com as informações que conflitam de forma profunda com a autopercepção do cliente, devendo ser considerado o estado emocional do avaliando e a aliança terapêutica para abordá-las. As informações de nível três, assim, não devem ser abordadas se o cliente não estiver pronto para receber essas informações, se não houver uma forte aliança terapêutica e se não forem necessárias para responder as perguntas avaliativas do cliente (FINN, 2017; VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018). Caso o terapeuta encontre informações que considere que o cliente não esteja pronto para refletir enquanto nível três, o terapeuta pode sugerir para o cliente um encaminhamento para um processo psicoterapêutico de longa duração (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018).

Após esse momento de averiguação e de diálogo sobre os resultados avaliativos, é realizada a entrega da devolutiva por escrito. Na AT, o documento utilizado é uma carta, a qual

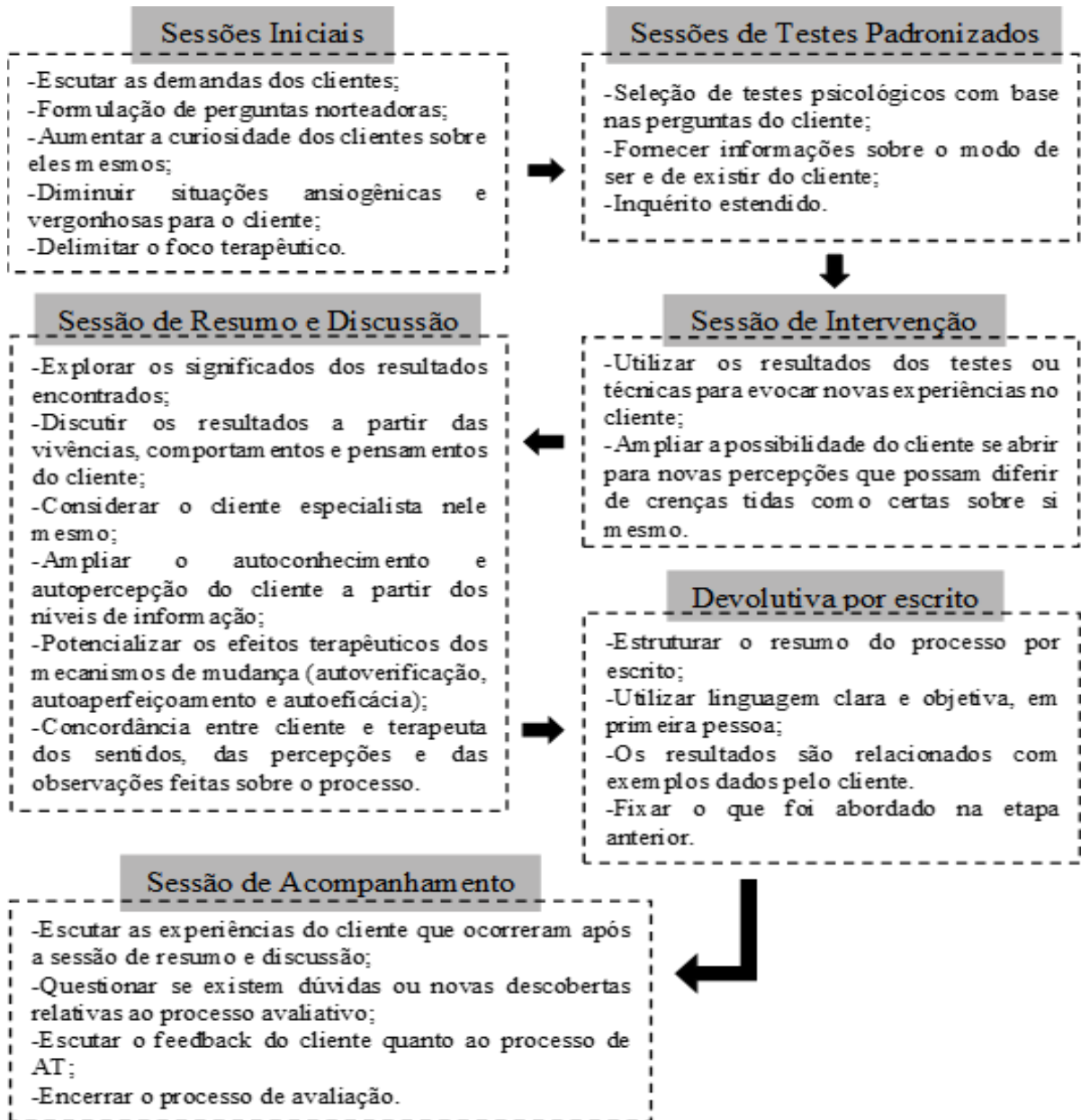
é redigida em primeira pessoa pelo terapeuta e onde fica registrado tudo que foi abordado na sessão de resumo e discussão. Nesta carta, o terapeuta descreve as perguntas avaliativas, todos os resultados que foram relacionados a elas, além das percepções e das observações feitas pelo cliente e terapeuta durante o processo avaliativo. É importante que o documento considere o mundo do cliente, como a linguagem utilizada, além de palavras-chaves que foram trazidas pelo próprio avaliando, assim, evitando exageros ou interpretações equivocadas pelo terapeuta e facilitando a compreensão e associação do conteúdo pelo cliente (FINN, 2017).

Destaca-se que a carta deve ser enviada para o cliente 15 dias ou um mês após a sessão de resumo e discussão, para que o cliente tenha um período de assimilação dos resultados apresentados. A carta, então, virá como uma ferramenta que possibilitará a lembrança do que foi abordado na etapa anterior e permanecerá como um documento que pode ser acessado pelo cliente sempre que necessário, propiciando uma ampliação do que foi discutido na avaliação (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018). No Brasil, o laudo psicológico é o documento oficial para a devolutiva do processo avaliativo (CFP, 2019), por isso, além da carta, é importante que o cliente receba também esse documento como orientado na resolução, e realizado por Fernandes (2019).

Após um a três meses da etapa de elaboração e de entrega da carta, ocorre a Sessão de Acompanhamento, na qual o cliente tem a oportunidade de discutir dúvidas ou questões que tenham surgido a partir do processo avaliativo. É a etapa de encerramento formal da avaliação, em que o avaliador e o terapeuta discutem os acontecimentos desde o último encontro, ressaltando as possíveis mudanças percebidas por ambos (FINN, 2017). Essa etapa serve como uma estratégia para que o cliente continue focado no processo iniciado durante a avaliação e nos resultados que foram importantes para as demandas do cliente (FINN; MARTIN, 2013), ou seja, é uma etapa que contribui para que o cliente continue ou amplie os processos de mudança iniciados na avaliação.

Em suma, em todas as etapas da AT (FLUXOGRAMA 1), deve haver, acima de tudo, uma postura de respeito com os clientes. Além disso, é importante considerar objetivos, desejos e expectativas do cliente, visando o equilíbrio da relação entre cliente-terapeuta, assim, influenciando a uma construção mais verdadeira da relação terapêutica (FINN, 2017).

Fluxograma 1 – Etapas da AT e seus objetivos



Fonte: elaborado pela autora.

A AT, portanto, pode ser pensada como uma avaliação psicológica terapêutica e colaborativa que integra a visão mais consistente e padronizada com uma semiestrutura, utilizando testes psicológicos confiáveis e válidos com a visão mais subjetiva contada pelo cliente e dialogada com o terapeuta (VILLEMOR-AMARAL, 2016). Todo o seu contexto de processo foca na relação terapêutica e em mecanismos que possibilitam e que facilitam processos de mudança, podendo produzir efeitos benéficos para o cliente, principalmente, no que tange a sua autopercepção (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018). A seguir serão

discutidos os estudos que mostram os benefícios terapêuticos e fatores de mudança do cliente possibilitados e estimulados pela AT.

2.1.2 Benefícios terapêuticos e fatores de mudança na AT

Há diferentes modos de se avaliar os benefícios de um processo psicoterapêutico, o modo mais comum trata de avaliar a eficácia e a efetividade do processo. De forma geral, o objetivo de um estudo de eficácia, em processos psicoterapêuticos, é identificar os resultados que são significativos para saber se o processo funciona para o que se propõe e se resulta no que se espera. Enquanto, os estudos de efetividade se atentam para a relação dos resultados significativos com as mudanças percebidas, considerando diferentes fatores que possam influenciar em como a mudança foi promovida pelo processo (BRUM *et al.*, 2012).

Finn e Tonsager (1992) foram os primeiros a realizar um estudo de eficácia da AT, ao investigar o impacto terapêutico de fornecer o feedback (Sessão de Resumo e Discussão) de um teste psicológico de personalidade de autorrelato (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) em clientes de um ambulatório de Aconselhamento e Saúde Mental. Os resultados apontaram redução significativa nos níveis de angústia e aumento significativo nos níveis de autoestima dos clientes do grupo experimental ($n = 32$), quando comparados com o grupo controle ($n = 28$) que não teve o momento de feedback dos resultados. Não houve diferença significativa entre a redução da sintomatologia com a atenção do avaliador, nem do aumento da autoestima com a atenção do avaliador em que ambos os grupos relataram se sentirem respeitados e acolhidos. Além disso, quanto mais os clientes demonstraram abertura para refletir sobre si mesmos, maior era a diminuição da sintomatologia após a sessão de feedback dos testes psicológicos.

Na busca ainda de investigar o impacto terapêutico sobre o fornecimento de feedback dos resultados dos testes, Newman e Greenway (1997) replicaram o estudo de Finn e Tonsager (1992) com 60 estudantes universitários de um serviço de Aconselhamento Universitário. Do mesmo modo, os resultados apontaram que os 30 estudantes do grupo experimental apresentaram significativa redução da angústia e aumento significativo da autoestima quando comparado ao grupo controle ($n = 30$). Assim, ambos os estudos (FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997) apresentaram que discutir os resultados dos testes com os clientes possibilita benefícios terapêuticos a nível sintomatológico e autoperceptivo, se mostrando um dado importante quanto à composição da estrutura da AT. Já

que AT acredita e se propõe a ter os testes psicológicos como recursos que potencializam e que ampliam a possibilidade de processos de mudanças no cliente.

Recentemente, Durosini e Aschieri (2021) realizaram a primeira metanálise sobre a eficácia da AT, considerando apenas aqueles estudos que realizaram processos de avaliação de acordo com os pressupostos e a semiestrutura da AT descritos em Finn (2017). Os autores exploraram como a AT se relaciona com as variáveis de aliança terapêutica, motivação para mudar, confiança no tratamento e tempo de permanência. Ademais, outras questões investigadas foram o impacto da AT quanto à redução da sintomatologia e sobre a autovalorização do cliente, para a qual consideraram as variáveis de autoconsciência, de autoestima e de autocompetência. Os resultados apontaram que a AT aumenta o impacto nas variáveis aliança, mudança, tempo de permanência, autoestima, autoconsciência e empatia pelos outros, além de reduzir o quadro sintomatológico. A técnica da AT junto aos princípios de empatia, de respeito e de colaboração, por exemplo, mostraram-se como um conjunto importante para a promoção de mudança provocada pela AT (DUROSINI; ASCHIERI, 2021).

Os estudos de efetividade da AT (ASCHIERI; SMITH, 2012; DUROSINI; TAROCCHI; ASCHIERI, 2017; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013) associados a outras técnicas de investigação quantitativas, como análise de séries temporais, evidenciaram melhorias na expressão de sentimentos afetivos, diminuição da ansiedade (ASCHIERI; SMITH, 2012) e do sofrimento psíquico (SMITH; HANDLER; NASH, 2010), além da diminuição de sentimentos de solidão e de desesperança (TAROCCHI *et al.*, 2013). Ademais, os resultados desses estudos apresentaram que as mudanças observadas nos clientes continuaram ocorrendo mesmo após o encerramento do processo (ASCHIERI; SMITH, 2012; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013).

Em síntese, os estudos de eficácia e de efetividade da AT têm apresentado o quanto a AT provoca benefícios terapêuticos para o cliente. Mesmo sendo um processo curto de seis etapas, mostra-se capaz de impactar positivamente a redução da sintomatologia, aspectos emocionais e características da personalidade do cliente que possibilitam mudanças na sua forma de ser e de se comportar, mesmo após o encerramento do processo avaliativo. Até aqui se abordou os benefícios e as mudanças percebidas no cliente a partir da AT. Para explorar teoricamente como esse processo ocorre, considera-se importante a compreensão do que pode ser considerado processo de mudança e como os fatores de mudança podem se relacionar com os princípios e a semiestrutura da AT.

Neste estudo, o processo de mudança se refere aos “mecanismos empregados pelo paciente para modificar seus afetos, pensamentos, comportamentos ou padrões de

relacionamento” (HONDA; YOSHIDA, 2012, p.74) ao longo de um processo psicoterapêutico. A evolução da mudança pode ocorrer antes do processo terapêutico iniciar ou encerrar muito depois do seu término. No decorrer da avaliação, a evolução depende da ligação de diferentes momentos de mudança e da interação de fatores que promovam a progressão dos momentos de mudança dentro e fora do processo avaliativo. Ademais, o processo de mudança não é linear, pois pode apresentar retrocessos (HONDA; YOSHIDA, 2013).

Os momentos de mudança são unidades de tempo durante a sessão, em que o cliente e o terapeuta abordam um determinado tema que segue uma narrativa e, então, o cliente apresenta uma nova atitude/pensamento/comportamento sobre o mesmo contexto que vinha sendo abordado. E os fatores de mudança são fatores que possibilitam mudanças apresentadas pelo paciente, pelo psicólogo e pela relação terapêutica, como a aliança terapêutica, o enfretamento das dificuldades, participação ativa (HONDA; YOSHIDA, 2013), a reflexão, a exposição a experimentos *in vivo*/intervenções, escuta ativa pelo terapeuta e o feedback (ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008).

Destaca-se que o contexto ideal para a investigação do processo de mudança deve englobar as três partes (cliente, terapeuta e relação terapêutica) que são promotoras de mudança. Porém, o que se observa é o foco dos estudos em uma das partes, principalmente, no cliente que se encontra sendo o principal beneficiário do processo psicoterapêutico (HONDA; YOSHIDA, 2013). Nesse sentido, esta pesquisa, orientando-se por estudos de efetividade na AT, que utilizam estudos de caso associados às técnicas quantitativas para a análise do processo (ASCHIERI; SMITH, 2012; DUROSINI; TAROCCHI; ASCHIERI, 2017; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013), concentrou o seu foco no processo de mudança apresentado pelo cliente. Quanto aos fatores de mudança do cliente citados nesta pesquisa, foram elaborados a partir da leitura e da compreensão de estudos que abordavam essa temática (HONDA; YOSHIDA, 2012; HONDA; YOSHIDA, 2013; ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008; KRAUSE *et al.*, 2006; YOSHIDA, 1998; YOSHIDA, 2002), sem necessariamente estarem organizados da mesma forma que foi apresentada no Quadro 1 abaixo.

Um dos fatores de mudança relacionados ao cliente refere-se à participação ativa, representada por atitudes que demonstram o interesse no próprio processo avaliativo, como a busca espontânea pelo tratamento, o reconhecimento dos próprios limites e da necessidade de apoio, o que facilita uma possível atitude de autorresponsabilidade quanto ao processo terapêutico (ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008; HONDA; YOSHIDA, 2013). Também o cliente se mostrar aberto para construir um vínculo de confiança com o terapeuta, nutrindo expectativas diante dos benefícios que o processo pode fornecer e como o terapeuta pode

auxiliá-lo apresentam-se como exemplos de comportamentos importantes para que o processo de mudança seja facilitado (HONDA; YOSHIDA, 2013; YOSHIDA, 2002). Ademais, quando a busca é espontânea acredita-se que a motivação aparece como um fator de mudança, caracterizada pelo desejo e pela disposição de participar e de colaborar ativamente do processo psicoterapêutico, mediante a resolução dos problemas e a diminuição do sofrimento apresentado (HONDA; YOSHIDA, 2013; ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008; YOSHIDA, 1998).

Quadro 1 – Fatores e momento de mudança observados no cliente

	Definição	Exemplos	
Fator de mudança	Participação Ativa	Refere-se a participação do cliente enquanto colaborador do seu próprio processo avaliativo.	Busca espontânea pelo tratamento; Apresenta motivação para a mudança; Abertura para a construção de vínculo com o terapeuta; Expectativa no tratamento; Assume responsabilidade por seu tratamento.
	Reflexão	Refere-se a reflexão de conteúdos que possibilitem a ampliação da percepção da cliente sobre si e as dificuldades apresentadas.	Reconhece o caráter psicológico de suas dificuldades; Compartilha o sofrimento sentido; Insights; Aumento de consciência; (Re)avalia autoimagem; (Re)avaliação ambiental/social.
	Enfrentamento	Refere-se a conteúdos que sinalizem enfrentamento a dificuldade apresentada.	Capacidade de adaptação; Expressa e experimenta dilemas e possíveis soluções; Autorresponsabilidade para mudar o problema; Formula estratégias para enfrentar seu problema; Busca novas estratégias de resposta ao problema; Evita e reduz comportamentos que geram o problema.
	Relação Terapêutica	Relação entre cliente e terapeuta.	Objetivos nítidos; Acordo e execução das atividades; Vínculo terapêutico.
Momento de mudança	Refere-se ao conteúdo que demonstra mudança na narrativa do cliente.	Apresenta mudança de atitude, de pensamento e de comportamento; Experimenta compreensão e interpretação que propiciam novos aprendizados; Expressa e experimenta dilemas e possíveis soluções; (Re)avalia a autoimagem.	

Outro fator de mudança que se observa é a reflexão, o qual trata de momentos que o cliente consegue discutir conteúdos que lhe permitem reconhecer a dimensão das suas dificuldades (YOSHIDA, 1998), podendo apresentar momentos de clareza súbita (insights) (ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008) e se permitindo compartilhar o que lhe ocasiona sofrimento com o terapeuta, o que possibilita uma ampliação de consciência de si e das suas relações. Esses momentos reflexivos do cliente, permitem também o pensar e o se (re)avaliar quanto a sua autoimagem e aos seus valores, além de (re)ver seus comportamentos que possam estar gerando danos para si e para suas relações sociais (HONDA; YOSHIDA, 2012; KRAUSE *et al.*, 2006; YOSHIDA, 2002).

O enfrentamento, enquanto fator de mudança, refere-se à capacidade do cliente de lidar com as dificuldades apresentadas (HONDA; YOSHIDA, 2013), demonstrando flexibilidade adaptativa quando necessário (YOSHIDA, 1998). Ademais, há o momento em que o cliente se permite experienciar e expressar o que sente quanto a sua dificuldade, buscando alternativas para resolvê-las. Dessa forma, o cliente investe energia e esforços em estratégias para mudar sua situação, bem como utiliza recursos sociais como apoio para solucionar seu problema. Assim, o cliente busca agir de forma diferente diante dos seus problemas, evitando e reduzindo situações que possam ampliar sua dificuldade ou impossibilitar sua mudança (HONDA; YOSHIDA, 2012; KRAUSE *et al.*, 2006; YOSHIDA, 2002).

A relação terapêutica é um fator presente em todos os contextos psicoterapêuticos, que sofre influências dos demais fatores de mudança, como participação ativa, reflexão e enfrentamento, possibilitando momentos de mudança para o cliente (HONDA; YOSHIDA, 2013). Pode ser definida como a aliança de trabalho entre terapeuta e cliente, por meio da qual ocorrem as possibilidades de trabalho quanto aos objetivos do tratamento, às atividades realizadas e ao vínculo propriamente dito. É experimentada de forma diferente pela díade que a compõe, ou seja, a relação é percebida e sentida de forma distinta pelo cliente e pelo terapeuta. É um fator investigado, principalmente, pelo contexto do cliente (SERRALTA *et al.*, 2020).

E, por último, o momento de mudança, que são momentos em que o cliente muda sua narrativa quanto as atitudes, aos pensamentos e/ou aos comportamentos (HONDA; YOSHIDA, 2013). São instantes que o cliente apresenta novos aprendizados por meio da experiência e da reflexão, além da liberação emocional. Por isso, experimentar e expressar dilemas e possíveis soluções e a (re)avaliação de si (HONDA; YOSHIDA, 2012; KRAUSE *et al.*, 2006; YOSHIDA, 2002) também foram considerados exemplos de momentos de mudança. Ressalta-se que o momento de mudança não é abordado como um fator de mudança em si, mas o instante em que é percebida a mudança do cliente. Por ser um momento importante para a

análise de mudança do cliente, escolheu-se considerá-lo durante a análise de conteúdo realizada nesta pesquisa.

Os fatores de mudança do cliente são, constantemente, estimulados pelos princípios teóricos e filosóficos que influenciam a AT e pela semiestrutura em que se constrói. Na AT, a postura do terapeuta em relação ao cliente é de respeito e de aceitação, o colocando em um papel ativo e colaborador, além de focar o processo no desejo e nos objetivos do cliente, claramente, expressando uma conduta baseada nos princípios humanistas, ao reconhecer a capacidade do cliente de se responsabilizar por seu próprio tratamento (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

Nas primeiras sessões do processo avaliativo, por exemplo, o cliente pode apresentar sentimentos de solidão, de instabilidade emocional, de autoestima fragilizada e de dificuldade em perceber uma solução para os problemas vivenciados, logo o objetivo das sessões iniciais seria estimular fatores de mudança do cliente que possam aumentar o sentimento de competência por ele (KRAUSE *et al.*, 2006). Nesse sentido, a AT se propõe a atrair a curiosidade do cliente nas sessões iniciais, aumentando seu interesse em participar do processo ao convidá-lo a elaborar as perguntas da avaliação. Esse primeiro momento, ajuda a construir o vínculo terapêutico, a diminuir sentimentos ansiogênicos e a aumentar a motivação do cliente. Ademais, o processo de formular as perguntas ajuda o cliente a entrar em contato com suas dificuldades e compartilhá-las com o terapeuta (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

No decorrer do tratamento, os fatores de mudança do cliente são estimulados para iniciar o processo de reconhecimento de problemas e de sintomas e o aumento da autopercepção do cliente sobre o que é tido como verdadeiro, certo e imutável até ali, isto é, busca-se do cliente reflexões críticas sobre as demandas apresentadas (KRAUSE *et al.*, 2006). As Sessões de Testes Padronizados e as Sessões de Intervenção da AT são etapas que fornecem ao cliente novas informações sobre si, o que estimula no cliente insights sobre si e suas vivências, enquanto fortalece o vínculo terapêutico ao ajudar o cliente a experimentar novos comportamentos e a expressar seus pensamentos e suas emoções (FINN, 2017).

O âmbito de significados construídos pelo cliente e pelo terapeuta vão moldando a relação terapêutica, que permite terapeuta-cliente ressignificarem as questões, as expectativas e metas terapêuticas apresentadas pelo cliente, aumentando a confiança do cliente em relação ao papel do terapeuta quanto às informações compartilhadas e ao auxílio fornecido (KRAUSE *et al.*, 2006). A confiança é princípio básico na AT, o estímulo para ampliar a confiança do cliente pelo terapeuta e pelo processo é observado desde o início do processo, elencando-se: 1.

na construção das perguntas para avaliação, em que é evidenciado ao cliente que seus limites serão respeitados e que o foco serão nas demandas que ele almeja investigar, 2. na crença da capacidade de partição e de colaboração do cliente, 3. na utilização de instrumentos padronizados, os quais ampliam o sentimento de segurança do cliente quanto a discutir informações que possam ser desconhecidas sobre si mesmo ou que possam lhe gerar desconfortos, como sentimentos de vergonha, 4. na intervenção que propõe ao cliente experienciar suas dificuldades em um ambiente seguro, o ajudando a reformular possíveis situações que o constanja ou que dificulte suas relações interpessoais, e 5. na forma como as informações são passadas para o cliente, apresentando primeiro aquelas que são conhecidas para, então, ao longo do processo, ir preparando o cliente para aquelas pouco conhecidas. Assim, a AT durante todo o processo, estimula ao cliente a confiar em si, no terapeuta e na avaliação (KAMPHUIS; FINN, 2018).

As novas percepções, então, serão significativas para o processo de mudança, visto que construir conceitos que nomeiem ou que expliquem os sintomas e dilemas do cliente servirão de aporte para possibilitar novos conhecimentos sobre si e expressões de emoções e de comportamentos, assim influenciando para o enfrentamento e para novos aprendizados (KRAUSE *et al.*, 2006). Na AT, a Sessão de Resumo e Discussão, e conseqüentemente a carta escrita pelo terapeuta, é o momento em que há o compartilhamento e o registro dos resultados dos testes psicológicos associados às experiências avaliativas do cliente. Isto significa que são etapas que apresentam e que registram informações para o cliente e buscam integrá-las a sua forma de pensar e de existir (FINN, 2017), assim mobilizando fatores de mudança que ampliem a consciência do cliente sobre seus dilemas, bem como o ajudando a perceber possíveis formas de enfrentamento.

Na etapa de Resumo e Discussão, os fatores de mudança do cliente são estimulados por três mecanismos que estão relacionados a forma como as informações avaliativas são compartilhadas com o cliente, a saber, são os mecanismos de autoverificação/autoconfirmação, de autoaperfeiçoamento e de autodescoberta/autoeficácia. O mecanismo de autoverificação/autoconfirmação seria a tendência que o indivíduo tem de querer confirmar o modo como se percebe, afastando possíveis contextos que conflitem com esse modo de se ver. Já o de autoaperfeiçoamento é derivado do desejo de ser compreendido, respeitado e elogiado por outras pessoas, procurando uma autoimagem positiva sobre si mesmo. E, por fim, a autodescoberta/autoeficácia é a capacidade de apreender novas experiências, objetivando crescer, amadurecer e compreender melhor as possibilidades futuras que podem ser vividas (FINN; TONSAGER, 1997).

Relacionando a lógica dos níveis de apresentação dos resultados sugerido por Finn (2017) com os três mecanismos que podem possibilitar mudança, tem-se, por exemplo, que a autoverificação se refere ao desejo do cliente de afirmar percepções sobre si e a realidade, garantindo estabilidade e coerência, por isso, a importância de trazer, primeiramente, as informações que o cliente já conhece sobre si mesmo. Quanto ao autoaperfeiçoamento, que se refere a visão de “como o outro me percebe” de forma positiva/negativa, apresentar conceitos mais coerentes com a realidade do cliente pode ajudá-lo a ver de forma mais positiva características suas, o que poderia influenciar na sua autoestima. E, por fim, a autodescoberta/autoeficácia que seria o desejo de autoatualização do avaliando, ou seja, o desejo de mudança, de autoconhecimento e de domínio da situação são incentivados quando se apresentam informações novas sobre o indivíduo no terceiro nível, o ajudando a ressignificar e reorganizar experiências passadas (FINN; TONSAGER, 1997).

A forma de apresentação dos resultados podem ainda ajudar o terapeuta a lidar com situações de culpa e de vergonha que possam ser sentidas pelo cliente. Nesse sentido, Finn (2019) afirma que muitas vezes esses sentimentos andam juntos e misturados, se tornando o principal desafio do terapeuta de identificá-los e de trabalhá-los de forma a não os ampliar, mas gerar no cliente formas diferentes de lidar com esses sentimentos. Além disso, a culpa seria um sentimento mais relacionado com uma atitude tida pelo cliente, por isso se tornaria uma via de acesso mais segura de trabalho pelo terapeuta, enquanto a vergonha por ser um autojulgamento mais relacionado a autoimagem, torna-se uma via mais difícil a mudança de perspectiva do problema apresentado pelo cliente. Assim, na AT, a forma de compartilhar as informações com o cliente ao longo do processo ajuda a diminuir e a modificar possíveis situações, como vergonha e culpa, que podem também interferir na relação terapêutica.

As mudanças surgidas no tratamento podem ser percebidas e continuadas mesmo após o encerramento do processo (KRAUSE *et al.*, 2006), podendo serem averiguadas posteriormente em sessões de acompanhamento. Na AT, acredita-se que as descobertas e que os aprendizados apresentados na avaliação são transferidos para o mundo externo a avaliação. Ademais, todo o processo de assimilação e de integração dos resultados possibilitam ao cliente se sentirem seguros de continuar seus processos de mudança mesmo após o encerramento da avaliação (KAMPHUIS; FINN, 2018).

É diante dessa perspectiva que a AT propõe a etapa de Acompanhamento, pois nela o cliente e o terapeuta conversam sobre as percepções derivadas da avaliação e como elas foram encaradas pelo cliente em sua rotina de vida após o término do processo. Além disso, a sessão de acompanhamento permite ser um lembrete ao cliente da confiança do terapeuta em sua

capacidade de mudança (KAMPHUIS; FINN, 2018). No Quadro 2, construiu-se didaticamente a relação dos objetivos de cada etapa da AT, os quais foram caracterizados no Fluxograma 1, com os fatores de mudança do cliente do Quadro 1, objetivando demonstrar como a estrutura da AT possibilita processos de mudança para o cliente.

Quadro 2 – Comparação das etapas da AT com os fatores de mudança do cliente

Etapas da AT	Objetivos da AT	Fatores de mudança cliente
Sessões iniciais	<ul style="list-style-type: none"> - O terapeuta escuta as demandas dos cliente e incentiva para a formulação de perguntas; - Aumentar a curiosidade dos clientes sobre eles mesmos; - Diminuir situações ansiogênicas e vergonhosas para o cliente; - Delimitar o foco terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação Ativa; - Reflexão; - Relação Terapêutica.
Sessões de Testes Padronizados	<ul style="list-style-type: none"> - Seleção de testes psicológicos com base nas perguntas do cliente; - Fornecer informações sobre o modo de ser e de existir do cliente; - Inquérito estendido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa; - Reflexão; - Relação Terapêutica; -Momento de mudança.
Sessões de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar os resultados dos testes ou técnicas para evocar novas experiências no cliente; - Há a possibilidade do cliente se abrir para novas percepções que possam diferir de crenças tidas como certas sobre si mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa; - Reflexão; - Enfrentamento; - Relação Terapêutica; -Momento de mudança.
Sessões de resumo e discussão	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar os significados dos resultados encontrados; - Discutir os resultados a partir das vivências, comportamentos e pensamentos do cliente; - Considerar o cliente especialista nele mesmo; - Ampliar o autoconhecimento e autopercepção do cliente a partir dos níveis de informação; - Potencializar os efeitos terapêuticos dos mecanismos de mudança (autoverificação, autoaperfeiçoamento e autoeficácia); - Concordância entre cliente e terapeuta dos sentidos, das percepções e das observações feitas sobre o processo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa; - Reflexão; - Enfrentamento; - Relação Terapêutica; -Momento de mudança.
Devolutiva por escrito	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturar o resumo do processo por escrito; - Linguagem clara e objetiva, em primeira pessoa; - Os resultados são relacionados com exemplos dados pelo cliente; - Fixar o que foi abordado na etapa anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão.
Sessão de acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> - O avaliador escuta as experiências do cliente que ocorrerão após a sessão de resumo e discussão; - O avaliador questiona se existem dúvidas ou novas descobertas relativas ao processo avaliativo; - O cliente gera um feedback sobre o processo de AT; - Encerramento da avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa; - Reflexão; - Enfrentamento; - Relação Terapêutica; -Momento de mudança.

Em síntese, compreende-se que a AT se apresenta como um processo que reúne diferentes técnicas (colaborativa, inquérito estendido, intervenção, sumarização dos resultados e acompanhamento) que estimulam os fatores de mudança pelo cliente, tanto na ordem individual do cliente, como na relacional com o ambiente (FINN, 2017). Essas técnicas, que caracterizam a semiestrutura da AT, facilitam na construção da aliança terapêutica no início do processo, a estabelecer objetivos para a avaliação e a ressignificar o tratamento. Enquanto, os principais benefícios terapêuticos encontrados são o aumento da autoestima, do sentimento de esperança quanto ao futuro e do autoconhecimento, e a redução de sentimentos de solidão, da sintomatologia/sofrimento, além da ampliação do processo de reflexão, da motivação e da participação durante o tratamento, e da busca por outros tratamentos psicoterápicos (FINN; TONSAGER, 1997).

Finn e Tonsager (1997) acreditam que a AT ofereça todos esses benefícios por incluir o cliente como participante ativo da avaliação, bem como discutir cada decisão tomada com o cliente, além do compartilhamento e do diálogo com o avaliando quanto aos resultados encontrados (FINN; TONSAGER, 1997), estimulando os fatores de mudança do cliente durante todo o processo terapêutico. De todos os benefícios resumidos por Finn e Tonsager (1997), este estudo focará na influência da AT sobre a autoestima do cliente. Dessa forma, faz-se mister definir o que é autoestima, autoimagem e autoconceito. Conceitos que, muitas vezes, são utilizados como similares por estarem relacionados a percepção que uma pessoa faz de si própria.

2.1.3 AT, Autoestima e Violência

A autoestima está relacionada com a identificação do indivíduo com o ambiente, isto significa que o indivíduo constrói sua autoestima, primeiramente, a partir da sua relação com o mundo exterior e, posteriormente, com o mundo interior. Ao nascer o indivíduo tem suas necessidades supridas por outros, por exemplo, a família. Conforme se desenvolve física e emocionalmente, compreende que existe um “eu” que difere do “outro” e, ainda, que esses “outros” são formados também por “eus”. Entende que se relaciona com pessoas e com objetos presentes em seu contexto social, que lhe permitem perceber sobre o seu próprio “eu” de modo identitário (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

A autoestima, dessa forma, pode ser conceituada como uma percepção avaliativa que o indivíduo realiza sobre si mesmo, ou seja, sobre seu próprio valor, competência e adequação, sendo afetada socioculturalmente a partir das introyeções e das projeções realizadas

ao longo das experiências vivenciadas, além de apresentar caráter positivo e negativo (HUTZ; ZANON, 2011; SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Pode afetar diretamente o contexto de trabalho, de estudo, de relacionamento interpessoal e de saúde emocional (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

Diretamente relacionado com a autoestima, há o autoconceito, que também é socioculturalmente construído e se refere à percepção que a pessoa tem de si, mas com a diferença de estar mais voltado para a caracterização. Nesse sentido, refere-se à descrição que a pessoa faz de si mesma a partir de suas características físicas, comportamentos, qualidades e defeitos, dando um caráter mais descritivo de seus atributos, do que avaliativo (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Já a autoimagem, que também se relaciona diretamente com a autoestima, pode ser definida pelo modo como o indivíduo percebe a sua imagem a partir de características próprias, como atitudes, pensamentos e comportamentos. No momento em que o indivíduo nasce, geralmente, imagens já foram projetadas sobre os papéis que esse bebê poderá desempenhar, podendo influenciar no início do processo de maturação e de desenvolvimento do sujeito. Ao aprender e absorver crenças, valores e modelos de comportamentos, o indivíduo começa a criar e desejar fantasias, como aspirações, sonhos e realizações futuras, projetando em si mesmo uma imagem que possa ser condizente com essas fantasias (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Em suma, a autoestima está diretamente relacionada com seus correlatos autoconceito e autoimagem, diferenciando-se quanto ao valor, à descrição e à imagem que o indivíduo percebe sobre si próprio. Além disso, é importante frisar que uma das dificuldades de investigação desse aspecto da personalidade, encontra-se justamente na confluência da sua própria definição com a dos seus correlatos. Por isso, nesta pesquisa, considerou os três aspectos como todos sendo referentes ao fator autoestima.

Podem ser considerados, então, aspectos de uma autoestima positiva se sentir confiante e competente, possuidor de valor e de equilíbrio emocional. Ademais, conseguir se ajustar socialmente e gerar estratégias em momentos conturbados, além de se permitir mudar atitudes e ressignificar experiências e relacionamentos sociais são comportamentos que podem influenciar a desenvolver boa autoestima. Enquanto uma pessoa com características de autoestima negativa, poderia apresentar sentimentos negativos em relação a si, como também de inibição, de medo, de inferioridade, de inadequação social e de incapacidade. Além disso, pode esboçar dificuldade de interação social e de enfrentamento de desafios, e de não conseguir comunicar com clareza sentimentos e pensamentos próprios (HUTZ; ZANON, 2011; SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Há, ainda,

que uma baixa autoestima é o que pode definir, por exemplo, comportamentos de defesa, de agressividade, de isolamento, de anulação, de produtividade, de dependência emocional, dentre outros (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Na AT, a autoestima é estimulada diretamente por meio dos mecanismos de autoverificação/autoconfirmação e de autoaperfeiçoamento (FINN; TONSAGER, 1997), que influenciam na preocupação quanto a forma de compartilhar os resultados avaliativos com o cliente, apresentando-se como eficazes mecanismos para mobilizar a ampliação da autopercepção pelo cliente (FINN, 2017), logo, pode influenciar na mudança da autoestima. E indiretamente, os efeitos benéficos quanto a autoestima são potencializados pelas diferentes técnicas presentes na AT (FINN; TONSAGER, 1997), as quais podem ser meio promotor de estímulos para fatores de mudança do cliente, como reflexão e enfrentamento que influenciam na autoestima.

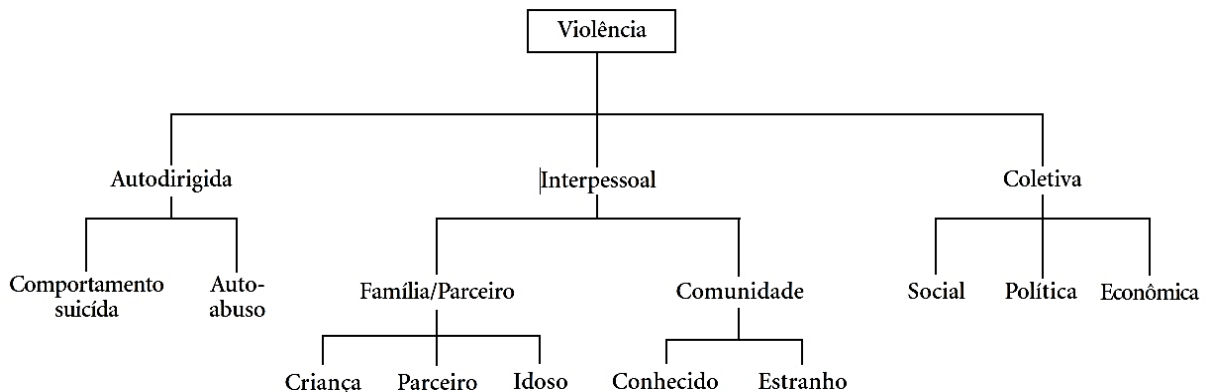
A AT, assim, tem se mostrado eficaz e efetiva em diferentes contextos de atuação quanto à autoestima, por exemplo, em situações de violência em relacionamentos afetivo-sexuais em que a pessoa que sofre a violência tende a apresentar uma autoestima fragilizada, principalmente, por causa das situações traumáticas (FINN, 2012; TAROCCHI *et al.*, 2013; VILLEMOR-AMARAL; FINN, 2020), as quais geralmente continuam mesmo após o término da relação. Além disso, podem ser pessoas que apresentem ansiedade, desespero, solidão, vergonha, medo, dependência emocional, sentimentos de inadequação, de raiva e de indiferença em relação a si mesmas, além de histórico de maus-tratos na família de origem (TAROCCHI *et al.*, 2013), como visto são todas situações que podem influenciar uma baixa autoestima.

Dessa forma, vivenciar violência afetivo-sexual, como a Violência por Parceiro Íntimos, pode fragilizar a autoestima, e a AT pode servir de estratégia de apoio para pessoas que sofreram esse tipo de violência, principalmente, por ajudar na redução da sintomatologia, bem como no aumento da autoestima em um curto período, promovendo benefícios contínuos após a finalização do processo. Assim, destaca-se que será abordada mais sobre essa violência no capítulo seguinte, visando ampliar a compreensão desse tipo de violência e de como ela pode afetar a autoestima.

2.2 Violência por Parceiros Íntimos (VPI)

A violência pode ser definida como atos de força física e/ou de poder que ameaçam e/ou que exerçam danos contra si próprio, o outro ou um grupo/comunidade, ocasionando sofrimento, morte, isolamento, prejuízo à saúde física e/ou emocional. A violência é classificada em três categorias, a saber, violência autodirigida, interpessoal e coletiva (FIGURA 1). A violência autodirigida é o ato agressivo cometido contra si mesmo, podendo ser atos de intenção suicida ou agressões físicas autoinfligidas. A interpessoal é a agressão sofrida por outra pessoa ou um pequeno grupo, podendo ser do tipo doméstica, em que o agressor é um membro da família ou o(a) parceiro(a) íntimo(a), ou do tipo comunitária, sofrida fora do ambiente familiar, por exemplo, agressão cometida por vizinhos ou por assaltantes. E, por último, a violência coletiva que é cometida por grupos maiores, sendo dos tipos social, econômica e política, como atos violentos entre países, ações terroristas, entre outros (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Figura 1 – Categorias referentes à violência



Fonte: DAHLBERG; KRUG, 2007.

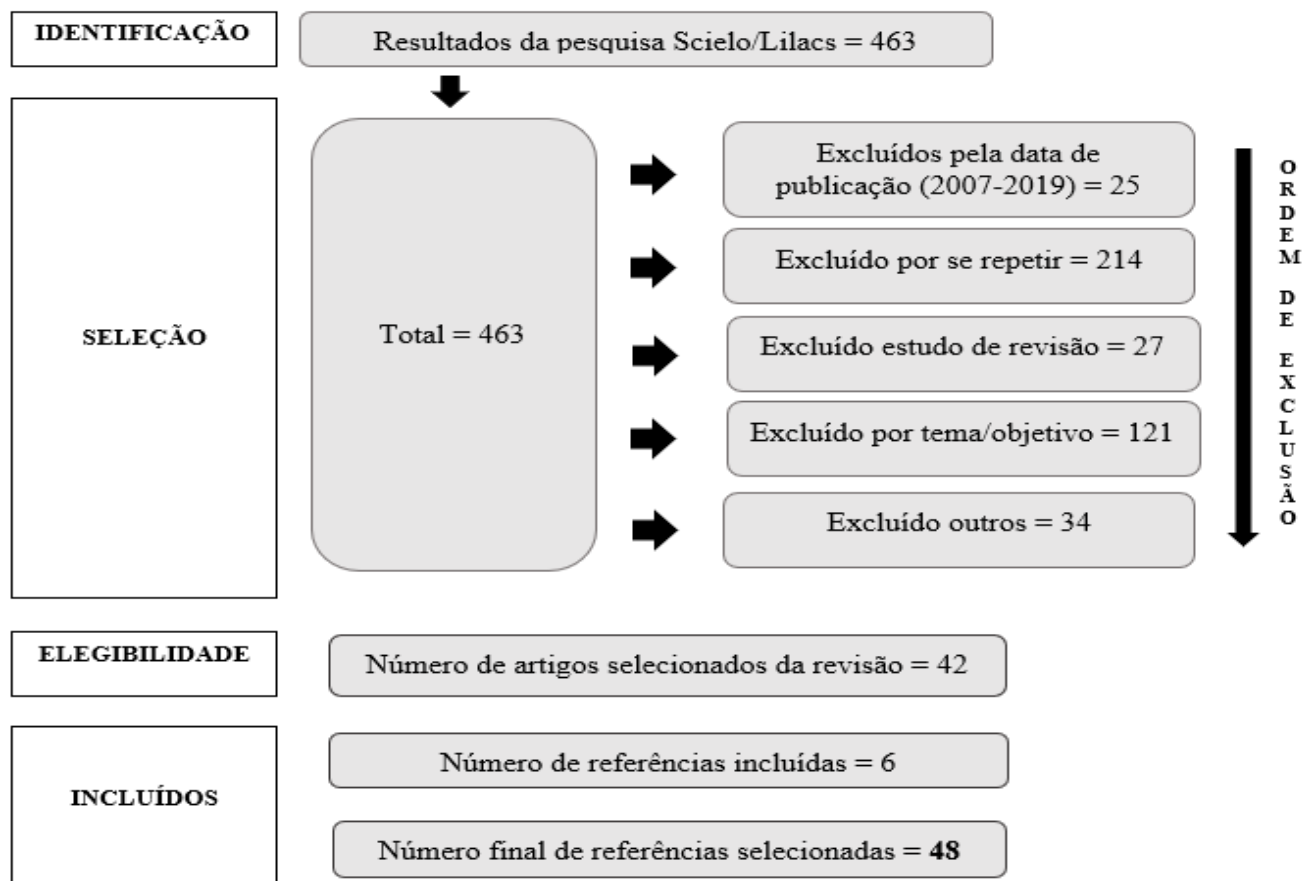
Como dito anteriormente, este capítulo focou em abordar a Violência por Parceiros Íntimos (VPI). Para tanto, escolheu-se por realizar uma revisão da literatura sobre o tema VPI por sua complexidade e pela ambiguidade de conceitos empregados para descrever o fenômeno, como também para compreender como pode ocorrer a relação entre o tema VPI e autoestima.

Foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) para a identificação de referências científicas que abordassem o assunto. Os descritores que serviram para direcionar

a busca foram: “violência íntima”, “violência conjugal”, “violência entre parceiros íntimos”, “violência por parceiro íntimo” AND autoestima, “violência conjugal” AND autoestima, “violência conjugal” AND autoimagem, “violência conjugal” AND autoconceito, “violência conjugal” AND vergonha, “violência entre casais homossexuais” e “violência íntima entre homens”, resultando em 463 estudos.

Ressalta-se que os descritores “violência por parceiro íntimo” AND autoconceito, “violência por parceiro íntimo” AND autoimagem, “violência por parceiro íntimo” AND vergonha e “violência íntima entre mulheres” não apresentaram artigos novos que pudessem ser incluídos na pesquisa, sendo desconsiderados durante a busca. Os critérios de inclusão foram estudos que abordavam a temática da VPI quanto à definição, à prevalência, à associação, às crenças, as características da vítima, à autoestima e à psicologia ligada a VPI, nos idiomas português, inglês e espanhol. O período investigado foi entre 2007 e 2019, tendo como base o ano que entra em vigor a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Os estudos foram organizados a partir do método PRISMA para revisões (FLUXOGRAMA 2).

Fluxograma 2 – Revisão Sistemática de Violência Por Parceiros Íntimos (VPI)



Fonte: elaborado pela autora.

Os critérios de exclusão dos artigos foram: não corresponder ao período considerado, artigos repetidos, revisões sistemática/análise de mídias e abordar outros tipos de violência ou de temas. Estudos que investigavam população estrangeira foram desconsiderados por se compreender que o marco utilizado da Lei Maria da Penha influencia apenas pesquisas nacionais. A VPI contra gestantes/puérperas/mães/filhos/abortos foi considerado um tema mais amplo do que este estudo busca discutir, por isso a temática não foi incluída. Estudos que focavam apenas na pessoa que perpetra a VPI também foram excluídos, pois este estudo busca focar em quem sofre a VPI. Crenças relacionadas à VPI foram incluídas apenas diante da perspectiva de quem sofre VPI, logo não foram consideradas crenças sobre VPI relacionadas à percepção de profissionais e de perpetradores. Excluíram-se, ainda, outros temas gerais que abordavam resenhas, poemas, abordagens clínicas, teorias específicas, aplicativos de relacionamento, instrumentos de investigação, dissertações/teses, intervenções não psicológicas e estratégias de enfrentamento.

Após a leitura dos artigos selecionados, percebeu-se a necessidade de direcionar focos mais objetivos para o estudo quanto à idade, ao gênero e à orientação sexual, pois são assuntos abordados em perspectivas diferentes que o objetivo deste estudo não conseguiria abarcar. Assim, escolheu-se trabalhar com a população feminina, adulta e heterossexual pelos próprios estudos enfatizarem ser a população que mais frequentemente sofre esse tipo de violência. No final, a revisão obteve 49 artigos, sendo seis referências incluídas, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, por serem relevantes para a discussão do tema VPI e autoestima.

Visando organizar os estudos selecionados, foi criado o Quadro 3 (APÊNDICE A) com todos os artigos que foram incluídos para a composição deste capítulo. Todas as publicações foram classificadas de acordo com o foco do estudo, a saber, Caracterização, prevalência e aspectos da mulher que sofre VPI, Fatores de risco para sofrer VPI, Fatores emocionais da VPI e VPI, psicologia e estratégia de apoio. No Quadro 4, há uma síntese da organização desses artigos por subtópicos.

Para o subtópico Caracterização, prevalência e aspectos da mulher que sofre VPI, foram selecionados os estudos que abordavam características gerais sobre essa violência, que investigaram a prevalência da VPI, quanto aos tipos de violência VPI perpetradas e sofridas por mulheres, e que abordaram uma ideia geral de características similares de mulheres que sofrem/sofreram VPI. Para o subtópico Fatores de risco associados à VPI, selecionaram-se os estudos que abordam os fatores de risco associados a sofrer VPI, como fatores de exposição e sobreposição, aceitação à violência, demografia, gênero, consumo de álcool/drogas, saúde

física, transtorno mental e autoestima. No subtópico Fatores emocionais da VPI, contemplou-se os artigos que discutiam os principais fatores emocionais relacionados a VPI, como medo, vergonha, dependência emocional, esperança, raiva e culpa. Por fim, o subtópico VPI, psicologia e estratégia de apoio apresenta a AT como uma possibilidade de apoio e cuidado com essas mulheres.

Quadro 4 – Organização dos estudos por subtópicos

SUBTÓPICOS	REFERÊNCIAS
Caracterização, prevalência e aspectos da mulher que sofre VPI	BARROS; SCHRAIBER, 2017; BRASIL, 2006; CARDOSO; COSTA, 2019; CARNEIRO et al., 2019; COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; DAHLBERG; KRUG, 2007; DOURADO; NORONHA, 2014; MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010; MONTEIRO; SOUZA, 2007; OMS, 2012; OMS, 2012; PAZO; AGUIAR, 2012; RAFAEL; MOURA, 2014; RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016.
Fatores de risco para sofrer VPI	ANDRADE <i>et al.</i> , 2015; BARROS <i>et al.</i> , 2016; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011; BRASIL, 2006; CARVALHO <i>et al.</i> , 2018; COLOSSI; FALCKE, 2019; CORTEZ; SOUSA, 2008; D'OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2009; DAHLBERG; KRUG, 2007; ESTRELA <i>et al.</i> , 2016; FLAKE <i>et al.</i> , 2013; GOMES <i>et al.</i> , 2012; HATZENBERGER <i>et al.</i> , 2010; HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018; LAMOGLIA; MINAYO, 2009; LEITE <i>et al.</i> , 2017; LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018; MADALENA; CARVALHO; FALCKE, 2018; OMS, 2012; PAIXÃO <i>et al.</i> , 2014; PAIXÃO <i>et al.</i> , 2015; RAFAEL <i>et al.</i> , 2017; RAFAEL; MOURA, 2016; SANT'ANNA; PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017; PENSO, 2017; SANTOS; MONTEIRO, 2018; SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010; VELOSO; MONTEIRO, 2019; VIEIRA <i>et al.</i> , 2014; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011; ZANCAN; HABIGZANG, 2018; ZALESKI <i>et al.</i> , 2010.
Fatores emocionais da VPI	BRASIL, 2006; DOURADO; NORONHA, 2014; DOURADO; NORONHA, 2015; FAUR, 2012; SOUTO; BRAGA, 2009.
VPI, Psicologia e estratégia de apoio	ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018; GOMES <i>et al.</i> , 2014; ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019.

Fonte: elaborado pela autora.

2.2.1 Caracterização, prevalência e aspectos da mulher que sofre VPI

A VPI é rodeada por uma diversidade de conceitos e de nomenclaturas tanto na literatura quanto no meio jurídico e social, o que, na maioria das vezes, dificulta o estudo e o entendimento desse tipo de violência. Alguns tipos de violência, como *violência interpessoal* (DAHLBERG; KRUG, 2007) e *violência doméstica* (BRASIL, 2006) são utilizadas como sinônimos por englobarem a VPI em seus conceitos. Outras formas de violências que são definidas como similares a VPI, tratam de contextos mais específicos, por exemplo, o termo

violência conjugal limita a violência que ocorre entre um casal heteroafetivo-sexual que se encontra em situação de casamento ou união estável. Já os termos *violência contra a mulher*, *violência de gênero* e *violência por parceiro íntimo* (no singular) consideram a mulher como a principal vítima em um relacionamento heteroafetivo-sexual (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014). A VPI também é popularmente e midiaticamente conhecida como *relacionamento abusivo* (amoroso). Apesar deste estudo focar em mulheres heteroafetiva-sexuais, escolheu-se a nomenclatura violência por parceiros íntimos (no plural), pois considera-se a pluralidade existente em um relacionamento afetivo-sexual e as possíveis reverberações da violência para a relação.

A VPI é definida como atitudes que ocasionam violências mais específicas, como a violência física, sexual e/ou psicológica em relações afetivo-sexuais, sendo cometida por cônjuges, por parceiros atuais ou por ex-parceiros independente do ambiente em que ocorra. A VPI pode ser observada em relacionamentos adolescentes, mas ocorre com mais frequência em tipos de relações como casamento e união estável heteroafetivo, apesar de também ser percebida em relações entre casais do mesmo sexo. Pode ser praticada e sofrida por ambos os parceiros homens e/ou mulheres, e estar associada a diferentes fatores sociais, econômicos, culturais, familiares e individuais (OMS, 2012).

A Lei Nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, expõe os diferentes tipos de violência que se pode sofrer em um ambiente doméstico, incluindo os relacionamentos afetivo-sexuais (BRASIL, 2006), e, ainda que a Lei seja direcionada aos atos que violem os direitos humanos de mulheres, pode ser considerada um marco à compreensão de diferentes tipos de violências que ocorrem no ambiente doméstico e nos relacionamentos, a saber, física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A violência física pode se manifestar nos atos de empurrar, de puxar cabelos, socar, bater e usar armas brancas e de fogo, como facas e revólveres respectivamente (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014), ou seja, qualquer atitude que atente contra à saúde e à integridade corporal da pessoa (BRASIL, 2006).

Considera-se violência psicológica qualquer atitude que cause danos emocionais e diminuição da autoestima, que degrade ou que controle os comportamentos, crenças e decisões por meio de ameaças e de chantagens e/ou que ocasione constrangimento, humilhação, isolamento e perseguição, violando a intimidade. Além de conceber como agressão qualquer outro ato que possa acarretar prejuízo à saúde psicológica da pessoa (BRASIL, 2006). Já a violência sexual é compreendida desde o ato de insistir em ter relações sexuais até forçar a concretização do ato sexual, seja por meio de ameaças, por força física ou por armas. Também

é considerada violência sexual a exposição e comercialização da sexualidade da vítima e o impedimento de método contraceptivo (BRASIL, 2006).

Há, ainda, a violência patrimonial que se caracteriza como a atitude de reter e de destruir objetos e documentos pessoais e instrumentos de trabalho, além de recursos econômicos. Por último, a violência moral, que é definida como qualquer ato que gere calúnia, desonra ou injúria sobre a vítima (BRASIL, 2006).

As mulheres que sofrem VPI relatam percebê-la como uma violência de cunho cíclico e progressivo, que reverbera em suas saúdes físicas e emocionais e nas suas relações sociais. Os diferentes tipos de violência se misturam dificultando, muitas vezes, a percepção e o reconhecimento da violência sofrida. A violência pode iniciar por meio de verbalizações ofensivas e de expressões afetivas, como o ciúme. Há a busca do controle e do isolamento social da parceira, por exemplo, o impedimento de convívio com familiares e com amigos e, muitas vezes, ocorre a proibição do exercício profissional. Evolui para demonstrações de violência cada vez mais explícitas, podendo utilizar a força física, como tapas, murros e socos, o que representaria o ápice do ciclo. Após esse momento clímax, o agressor mostra-se arrependido pelos atos cometidos, prometendo não os repetir (CARNEIRO *et al.*, 2019). Dessa forma, pode-se compreender o ciclo por três momentos, sendo o primeiro momento a tensão entre o casal, seguido do acontecimento da violência propriamente dita, e a última etapa seria o apaziguamento do ato.

O ciclo tende a se repetir, aumentando a frequência e a intensidade dos atos violentos em intervalos cada vez menores e podendo gerar problemas de saúde visíveis, como as lesões físicas, e invisíveis, como aspectos psicoemocionais. É importante salientar que, apesar de ser sugerido um ciclo, não há uma ordem cronológica de atos de violência. Por isso, as violências sofridas, independente da natureza, não podem ser consideradas isoladas, bem como não podem ser ignoradas as consequências para as mulheres, que, muitas vezes, se mantêm na relação por motivos de ordem social e/ou emocional (CARNEIRO *et al.*, 2019).

Ao compreender a complexidade e ao tornar a VPI um problema de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) trouxe a perspectiva de que o Quadro de violências em uma relação deve ser investigado em diferentes níveis, desde o individual ao social. Então, os primeiros levantamentos de incidência da VPI evidenciaram a necessidade de ampliar a compreensão sobre esse fenômeno, buscando identificar a prevalência dos tipos de violências e das principais pessoas que sofrem e perpetram VPI. A prevalência no contexto da VPI, geralmente, é medida pela frequência de pessoas que sofrem e/ou que perpetram à violência. As denúncias em unidades de assistências e em delegacias são relativamente menores

aos números de casos de VPI existentes, por isso as pesquisas populacionais baseadas em autorrelato têm sido utilizadas como veículos para a compreensão dessa realidade (OMS, 2012).

A partir desse tipo de pesquisa observou-se que as mulheres são as que apresentam maiores prevalências para sofrer VPI, sendo as principais violências sofridas a psicológica, física e sexual, como apontado em uma pesquisa realizada em usuários da rede pública de saúde de São Paulo-SP, em que foi realizado um estudo para analisar as violências sofridas e praticadas entre homens e mulheres em uma relação afetivo-sexual. Foram entrevistadas 1.436 pessoas, com 775 homens e com 661 mulheres. Os resultados indicaram que as mulheres apresentaram 60,9% de violência sofrida (psicológica, física ou sexual), enquanto 31,9% dos homens apresentaram maior proporção à perpetração da violência física quando comparados as mulheres (8%), destacando que apesar de as mulheres terem atitudes agressivas em relação ao seu parceiro, são os homens, ainda, que se mostram como os principais perpetradores de VPI (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Nessa amostra, 28,8% das mulheres relataram perceber a violência sofrida, enquanto 30,8% dos homens perceberam ter atitudes violentas. É importante observar que os resultados evidenciaram que as mulheres sofrem mais situações de diferentes tipos de violência, mas enquanto percepção da violência, tanto as mulheres quanto os homens pouco perceberam a existência dessas violências, o que pode sugerir situações relacionadas às crenças de gênero, à normatização e naturalização sociocultural de situações que possam gerar ou serem consideradas situações de VPI (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Quanto à dificuldade de percepção de sofrer ou de praticar a VPI, uma pesquisa realizada em Porto Alegre-RS, com 186 casais heterossexuais casados, investigou a relação entre qualidade conjugal e violência doméstica por meio de entrevistas. Entre os resultados, tem-se que 66,54% dos participantes consideraram a qualidade do seu casamento como média até muito boa, mesmo quando 25,9% das mulheres e 16,1% dos homens afirmaram realizar agressão psicológica, e 25,8% dos homens e 21,8% das mulheres realizaram violência física contra os parceiros. Além disso, 2,7% das mulheres investigadas responderam sofrer coerção sexual do parceiro e 1,6% dos homens responderam o mesmo. O que evidencia a dificuldade de reconhecer as violências sofridas e perpetradas e a naturalização das mesmas nos relacionamentos (RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016).

Os resultados também apontaram que casais que vivem juntos ou em união estável percebem mais a coerção sexual do que os casais que se encontram casados oficialmente. Além disso, o estudo apresentou que quanto maior for a presença de violências no relacionamento, menor será a qualidade da relação percebida pelo casal. E a agressão psicológica foi apontada

como a violência de maior impacto para a percepção da qualidade da relação quando as mulheres sofrem e os homens perpetram essa agressão. Esse dado se torna relevante quando, muitas vezes, a violência psicológica é negligenciada por agentes da saúde e pelo próprio casal devido à dificuldade de reconhecê-la e de percebê-la inserida em um contexto sociocultural que tende a naturalizá-la nos relacionamentos afetivo-sexuais (RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016).

O aumento da discussão do contexto da VPI, entretanto, pode ser um fator que reverbera na percepção das mulheres enquanto as violências sofridas. E, talvez, nesse sentido, elas se coloquem em uma posição de autodefesa diante da violência sofrida, o que as tornam também perpetradoras. Por exemplo, em Nova Iguaçu-RJ, 640 mulheres adultas heterossexuais, maioria casada (55,5%), participaram de uma entrevista que objetivava investigar a VPI sofrida e perpetrada por elas. Quanto à violência sofrida, 90,7% afirmaram sofrer violência psicológica, 39,1% sexual e 21% física. Enquanto a perpetração, 91,8% das mulheres relataram que praticavam a violência psicológica, 22,6% a física e 14,3% a sexual. O que se observa são as altas frequências de violências sofridas e perpetradas por essas mulheres, podendo sugerir uma dinâmica multifacetada que ocorre na relação entre o casal quanto ao compartilhamento e ao enfrentamento dos conflitos, mesmo que sob enfoques diferentes (RAFAEL; MOURA, 2014), por exemplo, enquanto a mulher utiliza a violência para se proteger e para enfrentar, o homem pode utilizá-la para intimidar e mostrar autoridade.

Mesmo diante do conhecimento da VPI e do enfrentamento à violência sofrida, muito se discute sobre a dificuldade encontrada por muitas mulheres de denunciar ou sair da relação. Nesse sentido, em São Paulo-SP, foi realizada uma pesquisa com 784 mulheres adultas heterossexuais para investigar a prevalência da VPI e identificar os fatores de retorno à relação. Das mulheres que sofreram alguma violência física (26%), 71% foi violência grave, 22,5% receberam tapas e 6,4% relataram outros tipos de agressões físicas. Além disso, houve exemplos de medo, de vergonha e de controle dos parceiros nas justificativas das 49 participantes que necessitaram do serviço de saúde pela agressão sofrida, mas escolheram não buscar ajuda. Das mulheres que se separaram, mas não levaram adiante, 56,7% alegaram ter sentimentos pelo parceiro, 35,8% pensaram em seus filhos e 46,3% afirmaram situações de desamparo. Assim, a pesquisa evidencia que o processo de saída e retorno desse tipo de relacionamento é atravessado por questões, principalmente, emocionais, influenciando no ato de denunciar a violência, bem como de sair e de retornar a mesma. Havendo, ainda, o receio de como essas atitudes podem reverberar no futuro dos filhos e da família em si, além de temer o aumento dos atos agressivos por parte do parceiro após a separação (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Em suma, as pesquisas apresentadas até o momento, evidenciaram que a prevalência de sofrer VPI é maior para mulheres adultas heterossexuais casadas. As violências mais sofridas e perpetradas foram a psicológica e a física pelo casal, enquanto a violência sexual foi predominantemente sofrida pelas mulheres. Além disso, houve baixa percepção dos tipos de violência sofridas e praticadas, mesmo que houvesse maior enfrentamento pelas mulheres. A denúncia e a separação se mostram influenciados por questões emocionais e socioculturais, como sentimentos pelo parceiro, medo do aumento da violência e a responsabilidade materna.

Ao se ter a mulher como a principal pessoa que sofre VPI, é importante pensar nas características que podem ser apresentadas por essa mulher. Porém, deve-se tomar cuidado para não sugerir estigmas que tratem a mulher como passiva, indefesa e vítima e que aceite a violência cometida pelo parceiro. A VPI ocorre em uma relação afetivo-sexual, logo a mulher é um ser ativo no que tange a construção desse relacionamento, mas é quem mais sofre com a violência infligida devido aos papéis gênero, da naturalização da violência, da confluência dos sentimentos afetivo-sexuais com a violência e de fatores da personalidade, como autoestima (DOURADO; NORONHA, 2014). Assim, compreende-se que a mulher apresenta um papel dinâmico, de quem é ativa e de quem sofre a violência, mas não um papel de passividade e de aceitação à violência.

No geral, essas mulheres apresentam dúvidas quanto aos sentimentos pelo parceiro. Sentimentos, como amor, paixão, raiva e ódio se mesclam com a violência. Há sentimentos de esperança para a mudança de atitude do parceiro e encerramento do ciclo de violência, além de haver um comportamento de dependência emocional, em que a mulher percebe suas necessidades espelhadas no desejo do parceiro. Tendem a serem mulheres que se responsabilizam pelo relacionamento e pela ocorrência das violências, muitas vezes, anulando suas emoções e seus pensamentos diante das atitudes do companheiro. Receiam denunciar os atos agressivos sofridos por conta da dinâmica da violência e dos sentimentos que nutrem pelo parceiro (PAZO; AGUIAR, 2012).

São mulheres que apresentam experiências traumáticas, mesmo após a separação. O trauma, então, aparece como efeito de uma situação ameaçadora a vida da mulher, que ocasiona o adoecimento físico e mental e intensifica os sentimentos de medo e de impotência. Ademais, o medo também é um sentimento frequente para essas mulheres, colaborando para a intensificação do trauma e para a fragilização da identidade da mulher, que vai se anulando diante do outro (PAZO; AGUIAR, 2012).

A VPI, muitas vezes, não é percebida inicialmente pela mulher que sofre a violência, principalmente, quando ocorre a violência psicológica, sendo mais difícil a percepção

de sua existência quando comparada com a violência física ou sexual. Estar exposta a qualquer tipo de violência deixa marcas de ordem minimamente emocional. Nessas mulheres, frequentemente, são observados sintomas de saúde física, como doenças crônicas ou sexualmente transmissíveis, que não são violências propriamente ditas, mas podem se relacionar com a exposição à VPI (MONTEIRO; SOUZA, 2007)

Um estudo sobre as habilidades gerais e satisfação no relacionamento apresentadas por mulheres com histórico de VPI, entrevistou 23 mulheres que moravam no Maranhão e afirmaram sofrer violência envolvendo humilhação (24%), violência psicológica (23,56%) e física (17,52%). Os resultados mostraram que quanto menor o grau de satisfação com o relacionamento maior é o déficit habilidades sociais (no geral) apresentadas, como a expressividade/empatia e autocontrole, o que evidencia a dificuldade dessas mulheres de expressar seus sentimentos e pensamentos na relação conjugal (CARDOSO; COSTA, 2019).

Essas habilidades de expressividade/empatia e autocontrole baixa também pode ser reflexo da forma agressiva como o parceiro reage quando essas mulheres tentam conversar sobre si mesmas ou defender seus pontos de vista, pois também foi observado que quanto maior o nível de habilidades em conversação assertiva, maior a ocorrência de violência envolvendo humilhação. Assim, déficits nas habilidades sociais (no geral) podem intensificar e influenciar a dinâmica da violência em uma relação afetivo-sexual, o que aumenta a insatisfação com o relacionamento e o autojulgamento, podendo refletir na autoestima, por exemplo (CARDOSO; COSTA, 2019).

Deve-se, então, encarar as mulheres que sofrem violência, como atravessadas por multifatores que são imbricados, relacionados e aglutinados na interação entre o casal, na construção do relacionamento e na dinâmica da violência. A condição dessas mulheres é não se sentirem capazes de lidar com a vergonha, o medo e a ausência de rede de apoio, tendo que enfrentar sozinhas as violências e os estereótipos dos papéis de gênero. Essas situações aumentam o tempo de exposição à violência, tornando-as mais vulneráveis e com menos recursos para o enfrentamento, o que também influencia no sentimento de culpa e dificulta a denúncia e o rompimento da relação (PAZO; AGUIAR, 2012).

A VPI, então, vai deixando marcas visíveis e invisíveis nessas mulheres, tornando difícil a separação, compreensão e a mensuração das causas e das formas de consequências existentes, pois para as mesmas a violência e os danos ocasionados se mesclam com as suas existências, enquanto pensar, sentir e agir, assim, fragilizando aspectos da personalidade, como a autoestima (MONTEIRO; SOUZA, 2007). Isto quer dizer que os fatores de risco e emocionais da VPI se mesclam influenciando na dinâmica e na manutenção da violência, o que gera

fragilidades de ordem física e emocional na personalidade da mulher. A partir disso, abordou-se nos tópicos a seguir os fatores de risco e, em seguida os emocionais, para sofrer VPI.

2.2.2 Fatores de risco para sofrer VPI

A OMS (2012) considera que fatores de risco são os fatores que aumentam ou que contribuem com a possibilidade de um pessoa sofrer ou perpetrar VPI nos contextos individual, relacional, comunitário e social, sendo importante estudos que visem identificar e compreender a causa e possíveis relações entre os fatores de risco. Sugere como principais fatores de risco a exposição e sobreposição dos tipos de violência, aceitação à violência sofrida, demografia, gênero, consumo de álcool e drogas, transgeracionalidade, saúde física e transtorno mental. A autoestima foi considerada também uma fator de risco para sofrer VPI (PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017). Destaca-se que esses fatores não devem ser compreendidos isoladamente, pois como dito no tópico anterior, esses fatores se mesclam na dinâmica de violência da VPI. Os fatores de risco e as associações quanto a sofrer VPI por mulheres, evidenciados nos estudos selecionados da revisão bibliográfica desta pesquisa, foram sintetizados e organizados no Quadro 5, não sendo separados por contextos como orientado pela OMS (2012).

A exposição aos diferentes tipos de violência (psicológica, física, sexual, patrimonial e moral) presentes no contexto de VPI podem ser considerados fator de risco para sofrer e manter a violência, além de aumentar as possibilidades de repetir o padrão de violência em outros relacionamentos afetivo-sexuais ao longo da vida, tanto para sofrer como para perpetrar (OMS, 2012). Ademais, ao se considerar a dinâmica cíclica e progressiva da VPI, compreende-se que nesse contexto as agressões podem se sobrepor e se intensificar a medida em que aumenta o tempo do relacionamento (CARNEIRO *et al.*, 2019). As principais sobreposições observadas são a violência psicológica combinada com a física e/ou sexual para a violência sofrida (FLAKE *et al.*, 2013). Desse modo, há na VPI a possibilidade de risco que uma violência possa ocasionar outro tipo de violência, além de diferentes violências ocorrerem em concomitância.

A aceitação à violência é considerada um fator de risco de ordem sociocultural, compreendido como atitudes das mulheres que possam aceitar, justificar, explicar, relativizar e/ou naturalizar a violência sofrida, sendo influenciadas pelo papel de gênero e de transgeracionalidade (OMS, 2012). Essas atitudes aumentam a chances de sofrer VPI (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011) e mantém o ciclo progressivo de violência. Entretanto, quanto à ideia que o termo aceitação à violência carrega, deve-se compreender que ocorre em um

contexto sociocultural, em que a sociedade e a cultura normalizam atitudes que banalizam a violência sofrida por essas mulheres (OMS, 2012), pois o que se observa é que ao serem questionadas sobre “aceitar” a violência, a maioria das mulheres individualmente discordam de qualquer forma de “aceitação” para a ocorrência da violência, mas dependendo da prevalência de VPI observada em um grupo/comunidade a ideia de “aceitação” pode ser encarada como verdadeira (D’OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Quadro 5 – Organização dos estudos por fatores de risco

FATORES DE RISCO	REFERÊNCIAS	ASSOCIAÇÃO PARA SOFRER VPI
Exposição e sobreposição	FLAKE <i>et al.</i> , 2013	Violência psicológica e física; Violência psicológica e sexual; Violência psicológica, física e sexual. Idade jovem.
Aceitação à violência	D’OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2009	Escolaridade inferior a oito anos; Presenciar violência doméstica na infância contra a mãe; Sofrer violência sexual infantil; Uso abusivo de álcool; Dependência financeira; Estar em união formal e separada/viúva/sem parceiro.
	VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011	Presenciar a mãe sofrer VPI; Sofrer violência sexual infantil; Não ter casa própria; Dependência financeira; Consumir álcool/drogas ilícitas; Aceitação de justificativas para VPI; baixa escolaridade.
Gênero	LAMOGLIA; MINAYO, 2009	Controle do parceiro; Dependência financeira; Dificuldade de sair da relação; Consumo de Álcool/drogas ilícitas.
	CORTEZ; SOUSA, 2008	Rigidez no desempenho de papéis sociais; Consumo de Álcool/drogas ilícitas.
	PAIXÃO <i>et al.</i> , 2014	Controle da parceira; Ciúmes e infidelidade do parceiro; Rigidez no desempenho de papéis sociais; Consumo de Álcool/drogas ilícitas.
Demografia	GOMES <i>et al.</i> , 2009	Cor da pele preta e parda; União estável; Não concluir o Ensino Médio; Ocupação doméstica; Dependência financeira.
	ESTRELA <i>et al.</i> , 2016	Cor da pele preta e parda; União estável; ter renda financeira.
	LEITE <i>et al.</i> , 2017	Idade entre 20-29 anos; Separada/divorciada; Baixa escolaridade; Presenciar mãe sofrer VPI; Sofrer violência sexual infantil; Consumo de drogas ilícitas.
	D’OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2009*	Escolaridade inferior a oito anos; Presenciar violência doméstica na infância contra a mãe; Sofrer violência sexual infantil; Uso abusivo de álcool; Dependência financeira; Estar em união formal e separada/viúva/sem parceiro.
	VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011*	Presenciar a mãe sofrer VPI; Sofrer violência sexual infantil; Não ter casa própria; Independência financeira; Consumir álcool/drogas ilícitas; Aceitação de justificativas para VPI; baixa escolaridade.
	RAFAEL <i>et al.</i> , 2017	Ter menos de oito anos de escolaridade; Ser casada.

Legenda: referência com asterisco (*) significa que o estudo foi repetido por tratar mais de um fator específico.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 5 – Organização dos estudos por fatores de risco (Conclusão)

FATORES DE RISCO	REFERÊNCIAS	ASSOCIAÇÃO PARA SOFRER VPI
Consumo de álcool/drogas ilícitas	VELOSO; MONTEIRO, 2019	Consumo de álcool e tabaco.
	RAFAEL; MOURA, 2016	Consumo de álcool pela vítima.
	VIEIRA <i>et al.</i> , 2014	Uso abusivo de álcool e de drogas pelo parceiro.
	ZALESKI <i>et al.</i> , 2010	Uso abusivo de álcool.
	CARVALHO <i>et al.</i> , 2018	Uso abusivo de álcool; Maus-tratos na infância.
Transgeracionalidade	PAIXÃO <i>et al.</i> , 2015	Presenciar e sofrer maus-tratos na infância.
	SANT'ANNA; PENSO, 2017	Presenciar e sofrer maus-tratos na infância.
	COLOSSI; FALCKE, 2019	Presenciar e sofrer violência na infância; Escolaridade; Gênero; Sexo; Idade.
	MADALENA; CARVALHO; FALCKE, 2018	Características da personalidade da mulher para sofrer (desconfia, tomada de decisões).
	HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018	Sofrer violência na infância; Percepção da intimidade; Comprometimento com a relação; Satisfação com o relacionamento.
Saúde Física	SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010	Número de consultas; Queixas psicoemocionais.
	ANDRADE <i>et al.</i> , 2015	Mais de um parceiro sexual; Relação extraconjugal; Revelar o diagnóstico ao parceiro; Uso de álcool pelo parceiro.
	LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018	Realizar exame preventivo.
	BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011	Ser soro positivo; Procura por serviços por suspeita de infecção por HIV.
Transtorno Mental	BARROS <i>et al.</i> , 2016	Pensamentos depressivos.
	SANTOS; MONTEIRO, 2018	Ansiedade/depressão;
	HATZENBERGER <i>et al.</i> , 2010	Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Depressão.
Autoestima	ZANCAN; HABIGZANG, 2018	Presença de ansiedade e depressão; Uso de psicofármacos; Desregulação emocional.
	PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017	Baixa autoestima e estabilidade emocional; pouca abertura à experiência.

Legenda: referência com asterisco (*) significa que o estudo foi repetido por tratar mais de um fator específico.

Fonte: elaborado pela autora.

O reconhecimento do gênero enquanto fator de risco ocasiona diferentes leituras e formas de pesquisa no campo da VPI, mas há uma ideia central aceita por todos os estudos, que por ser um fator de cunho sociocultural ele passa direta ou indiretamente por todos os outros fatores, sendo reconhecido a partir dos papéis de gênero desempenhados por homens e por

mulheres nos relacionamentos afetivo-sexuais a depender do contexto sociocultural (OMS, 2012). Apesar de atualmente podermos observar muitas lutas, discussões e conquistas em relação ao gênero, este, ainda se encontra, permeado por uma desigualdade social que contribui para a ocorrência da violência (CORTEZ; SOUSA, 2008).

Situações relacionadas e influenciadas pelas crenças e pelos papéis de gênero se mesclam nos relacionamentos afetivo-sexuais, ocasionando a naturalização, banalização e relativização da violência. Mulheres casadas/união estável, muitas vezes, sofrem a violência camufladas por essas situações de gênero, por exemplo, a violência sexual, em que muitas mulheres se sentem obrigadas a manter relações sexuais com os parceiros por causa de um título social “esposa” e os deveres associados a ele (COLOSSI; FALCKE, 2019). Além disso, quando sofrem violência física e buscam apoio em instituições podem ter que lidar com o despreparo dos profissionais para abordar esse tipo de violência, gerando na mulher a sensação de vergonha (LAMOGLIA; MINAYO, 2009) e dependendo do tipo da violência sofrida, como a psicológica, podem não ser validadas pela falta de uma prova física.

Não é apenas nos tipos de violências exercidos contra as mulheres que se percebe o poder social do gênero, mas também nas estratégias de enfrentamento (e protetivas), visto que no ato das denúncias, muitas mulheres abordam que piora a violência sofrida, como receber ameaças de morte por não retornar ao relacionamento, em especial, no contexto de guarda compartilhada de filhos. As mulheres sentem-se dominadas pelos (ex)parceiros e, muitas vezes, são culpabilizadas pelas violências sofridas, seja pelo parceiro, seja pela sociedade que normatiza comportamentos machistas (controle, isolamento) como padrões de relacionamento, justificando, assim, a ocorrência da violência (CORTEZ; SOUSA, 2008; LAMOGLIA; MINAYO, 2009; PAIXÃO *et al.*, 2014). Por exemplo, muitas mulheres temem que ao abandonar ou denunciar o parceiro serão julgadas por não terem conseguido manter a família nuclear, assim, não cumprindo com as obrigações relacionadas ao papel de esposa (ESTRELA *et al.*, 2016).

A mulher se percebe presa a relação e a deveres que contribuem para as violências sofridas, além de não conseguir manter uma rede de apoio, já que o parceiro, geralmente, a afasta do seu ciclo social (PAIXÃO *et al.*, 2014). O gênero, por exemplo, influencia outros fatores demográficos, como a situação do relacionamento, escolaridade, situação profissional e renda financeira, que se vistos isolados da perspectiva social do gênero poderiam apresentar ideias equivocadas (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Quanto ao fator demografia, podem ser de risco para sofrer e manter a VPI (OMS, 2012) a cor da pele, idade, situação do relacionamento, escolaridade situação

profissão/ocupação e renda financeira. A cor da pele preta e parda é discutida como fator de risco quando se considera questões relacionadas à vulnerabilidade social refletida pelo processo histórico de desigualdade racial, em que há maior exposição para a violência em mulheres pretas (ESTRELA *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2012). Porém, o que se tem observado é que a maioria dos estudos que se propõem a investigar essa associação entre VPI e cor de pele não tem encontrado associação para esse fator, sendo enfatizado que, talvez, esse fator deva ser considerado junto a características socioculturais da região ou da população investigada (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

A idade é um fator discutido enquanto risco, principalmente, com pessoas na idade adolescente (OMS, 2012), por serem relacionamentos mais imaturos dificultando o reconhecimento da VPI entre o casal. Além disso, acredita-se que na idade adulta haja um aumento da VPI conforme passam-se os anos de exposição à violência. Discute-se que não encontrar associação entre idade e sofrer VPI, pode ocorrer pelo fato de a mulher adulta, com anos de exposição à VPI, relativizar a gravidade das violências sofridas, reiterando e naturalizando a ideia de que momentos de violência são práticas que ocorrem no cotidiano de um casal (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). É possível, entretanto, que com o avançar da idade a mulher se torne menos alheia a situação de VPI, o que pode ocasionar a denúncia, mas como dito há ainda uma relativização da violência, já que o observado são que as denúncias, muitas vezes, são utilizadas como estratégias de enfrentamento para a diminuição da VPI, não havendo o desejo de incriminar ou deixar o parceiro (ESTRELA *et al.*, 2016).

O estado civil pode ser considerado um fator de risco para sofrer a VPI (OMS, 2012), sendo o casamento e união estável as situações em que mais se observa a VPI. Por esse motivo a VPI é considerada um tipo de violência que ocorre no contexto doméstico (BRASIL, 2006; DAHLBERG; KRUG, 2007). Assim, a ideia de que o lar é um espaço seguro e de proteção para a violência, não se aplica nos casos de VPI (GOMES *et al.*, 2012). As mulheres solteiras são as que mais denunciam a vivência da violência, enquanto as mulheres casadas/união estável sentem mais dificuldade para denunciar e para perceber as violências sofridas, devido aos papéis e às crenças de gênero (ESTRELA *et al.*, 2016; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; RAFAEL *et al.*, 2017). Entretanto, também há associações com mulheres separadas/divorciadas sofrendo violência psicológica e física, principalmente, quando o contato com o parceiro é mantido, podendo haver o retorno a relação (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017).

A escolaridade também é considerada como fator de risco (OMS, 2012). A baixa escolaridade dificulta exercer profissões com salários igual ou superior ao mínimo, levando a longas jornadas de trabalho, baixos salários e péssimas condições trabalhistas (GOMES *et al.*, 2012). A baixa escolaridade pode fazer com que a mulher tenha dificuldade para reconhecer esse tipo de violência e considere possíveis humilhações como naturais à relação a dois (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017; RAFAEL *et al.*, 2017). Nível elevado de escolaridade, por sua vez, também é considerado um fator de influência. Por um lado, se espera que mulheres com elevados níveis de escolaridade consigam reconhecer a violência sofrida e ter mais habilidades para buscar ajuda e/ou gerar estratégias de enfrentamento. Por outro lado, o fato da escolaridade proporcionar melhor renda financeira, pode ser visto como ameaçador pelo parceiro. Assim, a mulher estaria em risco por causa das crenças atravessadas pelo gênero. Nesse sentido, boa escolaridade, alta renda familiar e chefiar a família se encontrariam como fatores associados para a mulher sofrer VPI (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

A situação profissional e ter renda financeira, então, podem ser considerados fatores de risco para sofrer VPI. Ter ocupações com baixa remunerações ou ser dependente financeira podem ser fatores que propiciem a mulher a se manter na relação por não ver perspectivas de se manter sozinha (GOMES *et al.*, 2012; LEITE *et al.*, 2017). Enquanto, ter ocupações com boas remunerações e ser financeiramente independente, dependendo do contexto sociocultural, pode facilitar a ocorrência da VPI caso essa situação ameace a crença de gênero de que o homem é o provedor da família (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Em suma, os estudos apresentados mostraram que os principais fatores de risco sociodemográficos e socioeconômicos para a VPI são a renda financeira e nível de escolaridade. Nos estudos que avaliaram cor da pele, raça e idade não foi verificada associação dessas variáveis com sofrer VPI. Há, ainda, o predomínio da VPI em relações de casamento ou de união estável (OMS, 2012), pois são tipos de relacionamentos afetivo-sexuais que carregam características próprias, como a coabitação em um mesmo espaço doméstico, podendo facilitar a ocorrência da VPI. Além disso, houve a associação do aumento de sofrer VPI com o fator gênero.

O consumo nocivo de álcool, de tabaco e de substâncias psicoativas podem ser fator de risco para sofrer VPI (OMS, 2012). Consumir álcool e fumar tabaco pode ajudar a pessoa a lidar com o estresse gerado pelo contexto de VPI, mas também ocasionar disfunções no organismo que podem contribuir para a ocorrência da violência, como a impulsividade e irritabilidade (VELOSO; MONTEIRO, 2019). O uso abusivo de drogas ilícitas também aumentam as possibilidades de risco para sofrer a VPI, tanto em frequência quanto em

intensidade (BARROS *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2014). Estar sob o efeito alcóolico pode estimular discussões que reverberam em violências, tanto para a mulher sofrer a violência (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017; RAFAEL; MOURA, 2016; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011) quanto para o parceiro praticá-la (VIEIRA *et al.*, 2014; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Assim, estar sob o efeito alcóolico se associa a perpetrar e a sofrer VPI para ambos os parceiros (ZALESKI *et al.*, 2010). Além disso, há a associação com o consumo de álcool e com a experiência de violência vivenciada na infância com a família de origem, assim destacando o caráter transgeracional da VPI (CARVALHO *et al.*, 2018).

A transgeracionalidade é considerado um fator de risco para sofrer VPI (OMS, 2012) pela possibilidade da violência ser naturalizada e banalizada entre as gerações familiares. Crianças que sofrem violência sexual ou que presenciam VPI com a mãe podem quando adultas se inserir em relacionamentos violentos, tendendo a repetir padrões vivenciados na família de origem (COLOSSI; FALCKE, 2019; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018; LEITE *et al.*, 2017; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). A experiência de maus-tratos na família de origem pode gerar para o indivíduo a ideia de um padrão de relacionamento, muitas vezes, mobilizado pelo autoritarismo, pelo controle e/ou pela ideia de aceitação à violência, isto é, influenciado pelo gênero, no que a criança, presente em um contexto de VPI, aprende formas tradicionais de crenças e de papéis de gênero reproduzindo o caráter rígido e de pouca flexibilidade em seus relacionamentos quando adultos, seja para sofrer ou para perpetrar a VPI (SANT'ANNA; PENSO, 2017).

A transgeracionalidade da violência pode influenciar e ser influenciada pela personalidade do indivíduo, pois o indivíduo pode tanto apresentar características da personalidade que corroboram com a situação de violência, como as experiências de violência vivenciadas na família de origem podem influenciar a presença dessas características. Assim, para mulheres, características da personalidade, como desconfiança e modo de tomar decisões foram associadas para sofrer VPI, enquanto instabilidade de humor e impulsividade foram associadas a perpetrar a VPI (MADALENA; CARVALHO; FALCKE, 2018). A idade também foi associada a sofrer VPI quando se considerou a situação de transgeracionalidade da violência (COLOSSI; FALCKE, 2019). Além disso, sentimentos afetivos, nesse contexto da transgeracionalidade, podem sofrer influência em que o aprendizado sobre “amor” e “paixão” se misturam com a violência sofrida e/ou presenciada na infância e são reproduzidas nos relacionamentos quando adulto. Porém, ainda não foram encontradas associações entre esses sentimentos e sofrer VPI, e o que se discute é que a possibilidade de maior comprometimento com a relação está intimamente ligada a menor frequência da violência, pois se considera que

quanto mais a violência predomina no modo de se relacionar, menor é a percepção de intimidade pelo casal (HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018).

Dizer que padrões de violência vivenciados na infância podem ser reproduzidos quando adultos não anula a percepção de sofrer a violência. Porém, a mulher ao perceber que sofre VPI pode não ter as suas formas de enfrentamento e de proteção nítidas por não ter visto formas de enfrentamento materno na família de origem, por exemplo (PAIXÃO *et al.*, 2015). Além disso, podem ser geradas formas de enfrentamento que intensifique a VPI, como brigas e discussões, ocasionando danos à saúde da mulher e contribuindo para o adoecimento físico e mental (SANT'ANNA; PENSO, 2017).

Os transtornos mentais (OMS, 2012) e a saúde física são considerados fatores de riscos para sofrer a VPI, pois a violência ocasiona graves danos à saúde da mulher. Quanto à saúde física, o que o estudos apontam é que mulheres, muitas vezes, se veem impossibilitadas pelo parceiro às consultas e realizar exames ginecológicos de rotina (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010), realizar exames preventivos para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e/ou sofrer violência física e sexual do parceiro (LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018) podem ser fatores associados a sofrer violência. O sexo por obrigação, muitas vezes, sentidos por mulheres casadas, aumenta a vulnerabilidade para sofrer violência sexual, além do contágio de infecção por DSTs, como o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) (BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011). O contágio por DSTs pode denunciar relações extraconjugais, ocasionando possibilidades de violência pelo parceiro mesmo que este seja quem mantém uma relação com outra pessoa. Por isso, mulheres afirmam sentir vergonha e medo para expor o contágio por DSTs, podendo essa situação também ser atravessada pelo fator gênero (ANDRADE *et al.*, 2015).

Quanto aos transtornos mentais associados à VPI (OMS, 2012) são apontados, frequentemente, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), de Ansiedade e de Depressão. Mulheres que sofrem VPI, muitas vezes, não reconhecem a violência psicológica, nem as consequências psicoemocionais que podem reverberar da condição de estar sob violência. Percebe-se que ao estimular o reconhecimento da VPI, dando exemplos de situações que se englobam nessas violências, há o reconhecimento mais amplo do sofrimento experienciados por essas mulheres ao ponto de haver a associação entre queixas psicoemocionais e sofrer VPI (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Os transtornos mentais podem se relacionar a sinais psicoemocionais, como redução na proatividade laboral, distúrbios alimentares, prejuízo no sono e na autoestima, traumas e medos, os quais geram sofrimento e desgaste físico-emocional ainda mais quando

associados a violência. Dessa forma, sofrer VPI se associa a ter pensamentos depressivos (BARROS *et al.*, 2016), além de aumentar as chances para desenvolver ansiedade e depressão, apresentando sintomas de tensão, de preocupação e de tristeza (SANTOS; MONTEIRO, 2018). Ademais, sofrer violência coloca a mulher em um estado de vulnerabilidade psíquica que pode se relacionar com o trauma, que é a exposição a uma situação de ameaça que provoque angústia, medo e impotência, podendo desenvolver TEPT que está associado a sofrer VPI. Destaca-se que, frequentemente, há a ocorrência da Depressão e do TEPT em mulheres que sofrem VPI, mas que, ainda, não foi possível verificar se um influencia na ocorrência do outro, e se sim, qual dos dois seria. O que se sabe é que há a co-ocorrência desses transtornos em mulheres acometidas por esse tipo de violência (HATZENBERGER *et al.*, 2010).

O estado de ansiedade e de depressão podem dificultar o enfrentamento e o encerramento das violências sofridas pela mulher, o que pode fragilizar a autoestima e autoimagem. A utilização de psicofármacos podem funcionar como forma de enfrentamento ao contexto de violência e ao sofrimento psíquico vivenciado. A desregulação emocional, assim, dificulta atuar de forma mais assertiva e pode influenciar no desenvolvimento de estratégias violentas como forma de enfrentamento que contribuem para a intensificação da violência (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

A autoestima também se mostra como fator de risco para sofrer VPI, em que apresentar traços para a baixa autoestima aumenta a legitimação de crenças para justificar a violência e permanecer em um relacionamento afetivo-sexual violento. Ademais, fatores como estabilidade emocional e abertura às experiências quando baixos possibilitam a naturalização e justificativa da violência sofrida. Desse modo, ter uma autoestima fragilizada pode aumentar as chances para se manter em um relacionamento violento, bem como possibilita a desculpabilização do parceiro pela agressão sofrida (PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017).

É possível compreender, assim, que a VPI se trata de um fenômeno complexo e multifatorial, que pode ser influenciada por questões bio-psico-socioculturais, como observado a partir da apresentação dos fatores de risco, os quais aumentam a possibilidade da ocorrência e da manutenção da violência. Os fatores de risco e a dinâmica de violência podem ocasionar consequências de ordem emocional, que também influencia na fragilização da autoestima para a mulher que sofre VPI, o que foi discutido no tópico a seguir.

2.2.3 Fatores emocionais da VPI

Ao se compreender e discutir a existência dos fatores de risco, os estudos também relatam fatores de ordem emocional, como sentimentos e comportamentos que podem contribuir para a dinâmica de violência no relacionamento e que são consequências também da exposição à VPI. Assim, nesta pesquisa, agrupou-se os principais fatores que foram considerados de ordem emocional após a leitura dos estudos selecionados na revisão desta temática, chamando-os de fatores emocionais da VPI, a saber, o medo, vergonha, dependência emocional, esperança, raiva e culpa. No Quadro 6, listou-se os estudos que abordam a discussão dos fatores emocionais, junto aos fatores de risco da VPI, que fragilizam a autoestima e seus correlatos.

Quadro 6 – Fatores de risco e emocionais da VPI que fragilizam a autoestima

AUTOR(ES)	FATORES DA VPI QUE FRAGILIZAM A AUTOESTIMA
DOURADO; NORONHA, 2014	Tipo de violência (física e psicológica); vergonha; culpa; cicatrizes no rosto devido a violência física; gênero; dependência emocional.
DOURADO; NORONHA, 2015	Tipos de violência (física e psicológica); humilhação; vergonha; despreparo dos agentes de saúde no reconhecimento da violência e no acolhimento da mulher que sofreu a violência.
FAUR, 2012	Dependência emocional relacionando ao medo, à culpa, à raiva e à esperança.
SOUTO; BRAGA, 2009	Tempo de exposição à violência; dependência financeira; gênero; tipos de violência (psicológica); medo; aprisionamento/isolamento;

Fonte: elaborado pela autora.

O medo pode ser considerado uma sensação de inquietude frente a uma situação de perigo real ou imaginária, em que a pessoa pode se sentir ameaçada, temerosa e em pânico. O medo é utilizado pelo agressor como veículo de intimidação, de opressão e de controle sobre a parceira, que ao mesclar-se com a vergonha diante da exposição da violência sofrida pode refletir no isolamento social, diminuindo as chances de busca por ajuda e tornando a mulher dependente do parceiro. O medo, então, é utilizado como estratégia de invisibilidade, de silenciamento e de dependência na VPI (SOUTO; BRAGA, 2009), em que dificulta e compromete potencialidades ligadas ao contexto laboral, social e familiar, ou seja, frequentemente, o parceiro pode apresentar atitudes de controle sobre o comportamento da mulher, ao ponto de isolá-la de familiares e de amigos, além de comprometer a capacitação para o mercado de trabalho, por exemplo (FAUR, 2012).

Diante do medo, e se percebendo sozinhas, as mulheres, muitas vezes, buscam enfrentamentos com estratégias de adaptação e de sobrevivência, em que oscilam entre situações de repudiar as atitudes de violência do parceiro, de evitar os atos agressivos ou de relativizar/justificar as agressões sofridas, sendo situações que podem invalidar ou influenciar características próprias da personalidade, como a autoestima. Desse modo, o medo fragiliza a autoestima dessas mulheres que se percebem, muitas vezes, ameaçadas, isoladas e dependentes emocional e/ou financeiramente do parceiro, sem acreditar serem capazes de enfrentar e de dialogar sobre mudanças de atitudes por parte do parceiro, ampliando os sentimentos de insegurança, de desamparo e de inferioridade (SOUTO; BRAGA, 2009).

A vergonha está bastante presente no contexto da mulher que sofre VPI, sendo considerado um fator emocional. É despertada pela exposição ao julgamento ao olhar do outro, mesmo que sem caráter negativo, isto é, a violência sofrida pode gerar sentimentos de humilhação e de constrangimento diante da possibilidade do julgamento social. O que demonstra que a vergonha sentida também é atravessada por situações relacionadas ao gênero, em que a mulher teme ser responsabilizada por ser agredida (DOURADO; NORONHA, 2015), muitas vezes, sentindo a necessidade de se justificar. O ato de humilhar é considerado violência psicológica (BRASIL, 2006), frequentemente, relatado por mulheres que sofrem VPI e relacionado com o sentimento de vergonha, principalmente, quando ocorre em conjunto com a violência física. Logo, a vergonha sentida diante dessas violências sofridas fragiliza a autoimagem dessas mulheres, que se sentem humilhadas por assumir que sofrem violências (DOURADO; NORONHA, 2015).

O olhar do outro sobre a violência vivenciada influencia no autojulgamento da mulher que sofre a agressão, principalmente, quando precisa explicar o motivo da violência por receio de ser culpabilizada, por isso há a busca de “esconder” a violência sofrida, evitando a socialização e se isolando. Ademais, a pessoa ao falar com outros sujeitos sobre a violência sofrida, além da vergonha sentida, pode acionar a memória dos momentos de violência e reviver o trauma, já que a violência é “uma marca que fica” (DOURADO; NORONHA, 2014, p.631), ou seja, a violência ocasiona traumas emocionais que remetem a um sofrimento psíquico, que não passa mesmo após a saída da relação, ocasionando na mulher sentimentos de vergonha, medo e culpa, os quais ameaçam sua identidade pessoal. Assim, a mulher sente sua autoestima fragilizada pelas violências sofridas e pela vergonha de sofrê-las (DOURADO; NORONHA, 2014).

Outro fator emocional, frequentemente, observado nas mulheres que sofrem VPI, é a dependência emocional. O que define a dependência emocional, nos relacionamentos afetivo-

sexuais, não é somente um exagerado desejo afetivo pelo outro, mas a dificuldade de renunciar a esse desejo (FAUR, 2012). A mulher emocionalmente dependente não consegue ser alguém sem o parceiro ou, ainda, se percebe incapaz de existir se não for junto ao companheiro ou na relação (DOURADO; NORONHA, 2014), isto é, há na pessoa emocionalmente dependente um padrão de necessidade afetiva que não foi preenchido ao longo da vida, em que essa necessidade busca ser suprida na relação afetivo-sexual (FAUR, 2012).

A situação de dependência emocional é, frequentemente, comparada a dependência de uma pessoa adicta a substâncias psicoativas, ao menos no que tange a questão emocional. Por exemplo, a dependência no parceiro aumenta com o tempo. Há investimento exagerado para estar com o companheiro, mesmo que para isso a mulher tenha que ir contra seus desejos e pensamentos, anulando-se perante o outro. Apesar de ter clareza da sua condição dependente, e de que haja um desejo de deixar o parceiro, as tentativas são ineficientes, alimentando e intensificando o vínculo afetivo (FAUR, 2012).

Alguns discursos de mulheres em contexto de VPI, apresentam a ideia de que essas mulheres não se percebiam emocionalmente dependentes antes de estar na relação ou que se consideravam com atitudes diferentes em outros relacionamentos. O que se discute é que a situação de dependência emocional vai se configurando paulatinamente, em que a mulher percebe o estado de dependência à medida que sofre a violência e se mantém na relação, buscando estratégias que evitem o conflito, mas que também a impedem de expressar o que pensam e o que sentem (DOURADO; NORONHA, 2014). Assim, a dependência emocional ameaça a identidade da mulher, fragilizando a autoestima (DOURADO; NORONHA, 2014; FAUR, 2012).

A esperança é um dos fatores mais presentes e marcantes no ciclo da VPI. É representada pela expectativa de que os problemas seriam resolvidos com o passar do tempo, ou seja, a mulher, em situação de violência, acredita que o parceiro mudará ou que ela o fará mudar enquanto suas atitudes agressivas. Então, a realidade da relação e das situações de violência sofridas são percebidas de formas distorcidas, em que há a espera e a crença de mudança das atitudes pelo parceiro, se convencendo de que aquela realidade violenta é transitória. Assim, podem desenvolver uma hipertolerância a diferentes tipos de violência, o que vai fragilizando a autoestima (FAUR, 2012).

Destaca-se que, diante desse contexto de esperança, não se deve fazer uma leitura equivocada de que a mulher apenas aceita a violência, pois em realidade ela espera a mudança. O que se observa é que no início do relacionamento, há momentos de reação da mulher, seja de forma defensiva, seja de forma agressiva. Essa reatividade pode ser vista como uma atitude de

raiva, pois considera-se que esse confronto ocorre a partir do momento que a mulher percebe seus limites sendo invadidos, e então, reage para enfrentar o parceiro. Há também uma expectativa que esse confronto faça o parceiro perceber suas atitudes e que, assim, a mudança ocorra ou que a violência cesse (FAUR, 2012).

O que a mulher percebe, entretanto, é que sua raiva não tem lugar nessa relação, nem outras situações emocionais que possam estar relacionadas com o sofrer a violência, como a ansiedade, depressão ou trauma (FAUR, 2012). Então, a raiva aparece como outro fator emocional ligado à VPI. É caracterizada como sentimento frente as situações que a pessoa se sinta incompreendida, injustiçada ou ameaçada por outras pessoas (SPIELBERGER, 2010).

O parceiro, então, na maioria das vezes, utiliza esses momentos de enfrentamentos contra a parceira, justificando a violência pela atitude dela ou, ainda, acusa a mulher de estar desequilibrada emocionalmente, agindo como “louca”. Assim, a mulher passa a ser responsável pelas discussões e, por acreditar ter sua parcela de culpa, inicia um processo de se anular, justificando a violência e ampliando os limites de tolerância para o sofrimento e para a dor emocional, o que corrobora para fragilizar a autoestima (FAUR, 2012).

Percebe-se, então, que a culpa (autorresponsabilidade) também é constante no contexto de VPI, onde a culpa se caracteriza como uma autorreflexão e/ou autoavaliação de comportamentos, de pensamentos e de atitudes que a mulher teve e que a fazem crer que ultrapassou algum limite imposto pelo parceiro ou, ainda, que foi insensível com os sentimentos do outro durante o confronto. Um dos comportamentos tidos pelos agressores quando utilizam a violência psicológica é ocasionar na mulher o estresse emocional, principalmente, durante as discussões, em que o parceiro desfere humilhações de forma tranquila, enquanto a mulher busca se defender, ser escutada e mudar a situação, se agitando por meio de gritos e até comportamentos agressivos. Nesse momento, o agressor encerra a discussão, jogando a culpa do desequilíbrio emocional para a mulher, que depois, por vezes, se desculpa com o parceiro, muitas vezes, por algo que não foi sua responsabilidade (FAUR, 2012).

As violências, assim, vão ocorrendo e se intensificando sem, muitas vezes, que a mulher perceba. Então, angústias, tristezas, falta de desejo e de energia e dores físicas (cefaleia, por exemplo) vão sendo percebidas, mas não são relacionadas, a princípio, a violência, mas a condições naturais. Além disso, mulheres que sofreram violências em seus relacionamentos, mesmo após a separação, podem sentir que não fizeram o suficiente para que a relação continuasse, como confrontar menos, suportar mais, estar preparada para enfrentar com calma a violência, traçar o limite necessário, descuidar da saúde, dar aos filhos um pai agressivo, entre outros exemplos, que podem ser sentidos e admitidos como autorresponsabilidade pela mulher.

Situações essas que vão moldando a forma de ser, de agir e de sentir da mulher que sofre violência, sendo, então, um fator emocional que também pode fragilizar a autoestima (FAUR, 2012).

Em suma, é possível observar que toda a dinâmica da VPI está constantemente sendo relacionada aos fatores de risco e emocionais, os quais afetam a saúde física e psicoemocional da mulher. Além disso, sofrer violência e seus fatores (risco e emocionais) se mesclam e provocam fragilidades na autoestima, influenciando na forma de pensar, de agir, de sentir e de se relacionar da mulher. Desse modo, é importante que mulheres que passam por esse tipo de violência possam contar com estratégias de apoio que as permitam dialogar e refletir sobre a situação de violência vivenciada, como o apoio psicológico.

2.2.4 VPI, Psicologia e estratégia de apoio

O apoio psicológico é considerado uma das principais ferramentas utilizadas no enfrentamento e no cuidado de mulheres que sofrem VPI. Psicólogas que trabalham diretamente com essas mulheres, ressaltam a importância de um processo que busque e que inclua a reconstrução e fortalecimento da autoestima. Abordam, ainda, a necessidade de se considerar os papéis de gênero, a naturalização e a exposição à violência presentes nessas relações afetivo-sexuais. Além disso, percebem a dependência emocional como o fator emocional que mais contribui para a permanência e dinâmica da VPI. Assim, consideram que a psicologia pode atuar ajudando a essas mulheres a compreenderem o processo de violência vivenciado, bem como a perceberem outras possibilidades de convívio para relacionamentos mais saudáveis (GOMES *et al.*, 2014).

A psicologia e suas diversas formas de atuação podem apoiar estratégias que permitam o enfrentamento à violência ou que minimizem as consequências de situações traumáticas. É importante que a pessoa que passa por esse tipo de violência possa experimentar um processo de acolhimento sem julgamentos. Assim, a postura empática do terapeuta durante o processo é necessária, bem como o conhecimento sobre o contexto de VPI, para que dessa forma a pessoa se sinta compreendida e minimize sentimentos de vergonha (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

Um processo psicoterapêutico pode favorecer à mulher abordar situações que não puderam ser expostas e refletidas diante da violência, além de possibilitar o confronto e enfrentamento em relação ao sofrimento, ao trauma, as angústias que, frequentemente, rodam as lembranças, vivências e falas dessas mulheres (GOMES *et al.*, 2014), pois “proporciona ao

acolhido(a) um olhar sobre si mesmo(a) quanto à situação que vivencia, ou seja, não focaliza apenas o ato da violência, mas sim as repercussões deste na vida integrada do sujeito” (ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018, p.10). Desse modo, acredita-se que o trabalho desenvolvido pela psicóloga pode possibilitar maior autonomia em pessoas que sofreram VPI, buscando resgatar e fortalecer características da personalidade que possam estar fragilizadas, como a autoestima.

A AT, nesse sentido, por seus princípios baseados no respeito e no interesse pela experiência do cliente e a importância dada a relação terapêutica, além de estimular a confiança e aceitação, diminui barreiras como a vergonha e o desconforto que ter passado por situação de violência possa originar. No tocante a autoestima, como visto no capítulo 1, a AT tem se mostrado como um processo promissor por possibilitar ao indivíduo promover mudanças no modo de se autoperceber em curto período. Dessa forma, considera-se que a AT é capaz de promover constantes e contínuas mudanças positivas no cliente por meio do aumento do autoconhecimento, logo, tem-se que esse modelo de atendimento pode possibilitar mudanças quanto à autoestima de mulheres que vivenciaram VPI. Assim, busca-se verificar como a Avaliação Terapêutica pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos.

3 OBJETIVOS

- **Objetivo geral**

Verificar como a Avaliação Terapêutica pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos.

- **Objetivos específicos**

1. Analisar como os fatores de risco e emocional da VPI, fatores de mudança e a autoestima podem emergir nas diferentes etapas da Avaliação Terapêutica;
2. Averiguar a avaliação e a relação terapêutica pela perspectiva do cliente após o processo de Avaliação Terapêutica;
3. Avaliar se houve diferença nos índices de autoestima e dos correlatos autoconceito e autoimagem antes e depois da Avaliação Terapêutica;
4. Verificar se houve diferença no fator de risco Transtorno Mental, quanto ao estresse pós-traumático, à ansiedade, à depressão, à desesperança e ao suicídio antes e depois da Avaliação Terapêutica;
5. Averiguar se houve diferença na dependência emocional antes e depois da Avaliação Terapêutica;

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza mista convergente, isto é, as abordagens qualitativa e quantitativa ocorrem concomitantemente e integram os resultados para a compreensão de um mesmo fenômeno. A abordagem qualitativa fornece descrição detalhada do fenômeno investigado, não utilizando generalizações. Enquanto, a abordagem quantitativa possibilita as associações entre as variáveis investigadas, permitindo generalizar seus resultados para o ambiente. A combinação das duas abordagens e a integração de seus resultados permite aprofundar o entendimento dos resultados quantitativos e generalizar os resultados qualitativos no momento da interpretação (CRESWELL, 2007).

Neste estudo, escolheu-se trabalhar com estudo de caso múltiplos. Um estudo de caso é conveniente quando há nos objetivos da pesquisa questões de “como” ou de “por quê”, quando há pouco controle dos eventos externos ao ambiente de pesquisa e/ou quando se busca relacionar o fenômeno dentro da prática real. Dessa forma, o estudo de caso permite explicar a relação entre variáveis e prática real, descrever o contexto e como ocorre o que se é investigado, ilustrar (ou exemplificar) tópicos que são o foco de investigação e explorar processos que não estão claros quanto aos seus resultados (YIN, 2001).

O estudo de caso pode ser composto por um ou por vários casos, sendo nomeado como estudo de caso simples ou estudo de caso múltiplos. Estudo de caso com até três casos pode ser utilizado para replicar um dado teórico, isto é, espera-se que os resultados dos casos sejam semelhantes aos encontrados na teoria. Já estudo de caso com mais de quatro casos pode ser utilizado para contrastar um dado teórico. Além disso, o estudo de caso deve se basear em diferentes meios de coletas de informação, configurando-se como uma estratégia de investigação abrangente (YIN, 2001).

Trabalhou-se com três casos, logo estudo de caso múltiplos, visto que não se pretendia contrastar a teoria, já que se parte do princípio de que a AT influencia a autoestima, o que foi amplamente discutido no capítulo 1. Ademias, utilizou-se como fontes de coleta de informação a entrevista de triagem, o processo de AT propriamente dito, o registro das sessões por equipamento audiovisuais e a utilização de instrumentos de rastreamento das variáveis investigadas.

Da entrevista de triagem considerou-se os dados coletados pelo questionário sociodemográfico e violência que será abordado na sessão de ambientes e materiais deste capítulo junto com os instrumentos utilizados para o rastreamento das variáveis investigadas nesta pesquisa. O processo de AT e o registro das sessões seguiram o referencial metodológico sugerido por Finn (2017) e já abordado ao longo da fundamentação teórica desta dissertação.

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa três mulheres heterossexuais com idade a partir de 18 anos, que vivenciaram VPI. Os critérios de inclusão foram 1. ser mulher, pois são as pessoas que mais sofrem esse tipo de violência, 2. serem heterossexuais, pois se observa em maior frequência a VPI em relacionamentos heteroafetivos, 3. ter demanda para acompanhamento psicológico em função de ter sofrido VPI, 4. ter idade superior a 18 anos, e 5. apresentar escolaridade a partir do 9º ano do ensino fundamental, pois foi solicitado que a pessoa respondesse alguns questionários de autorrelato durante a triagem. Todas as participantes concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foram considerados critérios de exclusão as participantes 1. que estivessem participando de algum processo psicológico durante a avaliação, visto que a pesquisa objetiva analisar um processo avaliativo, 2. que ainda coabitasse com o parceiro, visto que participar da avaliação poderia inferir risco de violência para a mulher (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019), e 3. que apresentassem estar em crise de sofrimento emocional severo (alto grau de sofrimento psíquico ou em crise de depressão e/ou de ansiedade), situação psicótica aguda (surto psicótico, esquizofrenia) e/ou histórico de suicídio no último ano, visto que a AT apesar de poder contribuir enquanto processo em si, nessas circunstâncias responder testes psicológicos é desaconselhável, além de a capacidade colaborativa e participativa ficarem reduzidas (FINN, 2017).

Ressalta-se que os atendimentos sofreram interferências do atual contexto de pandemia por Coronavírus (Covid-19). Nesse sentido, foram tomadas precauções para o atendimento presencial, seguindo as orientações sanitárias. Por isso, haveria a possibilidade da voluntária ter sua participação no estudo inviabilizada, mesmo que ela se enquadrasse nos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa. Assim, não seriam incluídas mulheres que fizessem parte do grupo de risco para Covid-19, como gestantes, lactantes, portadores de

doenças crônicas ou comprometedoras da imunidade e idosas acima de 60 anos (FORTALEZA, 2020).

O estudo foi realizado, então, com três mulheres adultas voluntárias. Escolheu-se três com base nos estudos de caso que analisam o processo da AT (SMITH; HANDLER; NASH, 2010) e na descrição feita por Yin (2001) ao se pensar na quantidade de estudos de casos de acordo com o objetivo da pesquisa. Desse modo, o estudo foi composto por três processos avaliativos, referentes ao caso da Esmeralda, da Safira e da Rubi, todos nomes fictícios. Os casos foram indicados por professoras-supervisoras do curso de psicologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

- **Participantes da pesquisa**

Esmeralda foi a primeira mulher a participar do processo avaliativo, sendo considerada o caso piloto desta pesquisa. Esmeralda tinha 36 anos, pós-graduação, um filho e se autodeclarou em sofrimento por não conseguir se desvincular completamente do ex-marido, de quem havia se separado judicialmente há dois anos, na época. Esmeralda apresentou baixa autoestima e sentimento de dependência emocional em relação ao ex-marido e afirmou ter ocasionalmente episódios de ansiedade e de depressão devido às situações de violência psicológica que vivenciava ainda na sua relação com o ex-parceiro. Ela decidiu participar da pesquisa por querer compreender mais sobre si e sobre o porquê de não conseguir se desvincular emocionalmente do ex-parceiro.

Safira foi a segunda mulher a participar da pesquisa. Safira tinha 40 anos, ensino superior completo, uma filha e se autodeclarou em sofrimento pela violência que ainda sofria na relação que mantinha com ex-marido por ter que tratar assuntos referentes a guarda compartilhada da filha. Havia se separado judicialmente há três anos do ex-parceiro e se queixava de sentir estresse e tristeza e de ter episódios de raiva e de ansiedade, acreditando estar vivenciando uma situação de trauma. Ela se interessou por participar da avaliação para ter certeza sobre sua condição emocional na época, e por sentir a necessidade de pela primeira vez falar sobre a violência que vivenciou durante o casamento.

Rubi foi a terceira, e última, mulher a participar do estudo. Tinha 41 anos, ensino superior completo, um filho e estava separada judicialmente do ex-marido há 10 anos. Decidiu participar do estudo, pois acreditava que havia chegado o momento dela falar sobre a VPI que sofreu durante o casamento, além de acreditar que sua história seria importante para ajudar outras mulheres por meio da pesquisa.

- **Psicólogas que conduziram os processos avaliativos**

A Psicóloga 1 (P1) se graduou em Psicologia pela UECE, em 2018. É mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tem Especialização Clínica em Gestalt-Terapia pelo Instituto de Gestalt-Terapia do Ceará (IGC). É membra do Leapsi e do grupo de supervisão/discussão em AT do Leapsi. Antes de realizar a condução de dois casos dessa dissertação, a P1 acompanhou três processos de AT e participou de cursos introdutórios e de disciplinas sobre a AT. Assim, a P1 conduziu os casos da Esmeralda e da Safira.

A Psicóloga 2 (P2) se graduou em Psicologia, em 2013, pela UFC. Atualmente, cursando doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC. Na época dos atendimentos, era professora-supervisora em cursos de Psicologia em duas universidades. É membra do Leapsi, participou de grupos de estudo e de disciplinas sobre AT, além de acompanhar um atendimento em AT antes de realizar o atendimento do caso Rubi.

4.3 Locais dos atendimentos

As sessões, inicialmente, foram planejadas para ocorrerem no SPA da UECE. Porém, devido ao contexto de pandemia por Covid-19, a UECE fechou para atividades presenciais durante os anos de 2020 e 2021. Então, os atendimentos dos casos Esmeralda e Safira ocorreram no IGC, visto que a P1 estava cursando uma especialização no instituto. Enquanto o caso Rubi, os atendimentos ocorreram em um consultório de atendimento particular, alugado para esse propósito.

As salas onde ocorreram as sessões eram adequadas para o atendimento psicológico, fornecendo-se um ambiente acolhedor e minimamente confortável para as clientes. Ademais, eram salas que proporcionaram as condições adequadas para aplicação de testes psicológicos e para a garantia do sigilo de atendimento. Os atendimentos e a administração dos testes psicológicos seguiram as normativas de saúde para evitar e para diminuir o risco de contágio pelo Covid-19 dos participantes, das psicólogas e do material utilizado. Para tanto, as psicólogas e as voluntárias utilizaram durante todos os atendimentos máscaras de proteção respiratória e mantiveram distância mínima de um metro. Estava disponível álcool isopropílico 70% em gel nas salas de atendimento. Foi solicitado que as psicólogas e que as clientes utilizassem luvas para o manuseio de qualquer material administrado durante a avaliação de acordo com as normas técnicas sanitárias (ANVISA, 2020).

4.4 Instrumentos

4.4.1 Instrumentos utilizados na Triagem e na Sessão de Acompanhamento da AT

Para explicar os objetivos do estudo e como seria o processo avaliativo foi necessária a realização de entrevistas de triagens, com a finalidade de obter o perfil adequado para o estudo e de investigar os aspectos emocionais, patológicos e psíquicos das voluntárias, conforme um roteiro para a entrevista semiestruturada criado para pesquisa (APÊNDICE C). Diz-se semiestruturada por apresentar certo rigor metodológico, em que o pesquisador explora pontos de interesse ao longo da entrevista, permitindo uma fala mais livre do entrevistando (GIL, 2008). Para este estudo, as questões abordadas foram referentes ao contexto de relacionamento afetivo-sexual das clientes e pontos relevantes para a inclusão na pesquisa, como questões ligadas à ideação suicida e à autoestima, além de informações de saúde que se relacionavam à pandemia.

Durante a triagem, foram aplicados alguns instrumentos que permitiram saber se as voluntárias estavam aptas ou não para participar da pesquisa. Destaca-se, que para os casos Safira e Rubi incluíram-se três instrumentos a mais que no caso Esmeralda, pois percebeu-se a necessidade de ampliar a investigação quanto aos fatores relacionados a autoestima. Todos os instrumentos utilizados na triagem estão disponíveis para domínio público e foram disponibilizados na sessão de anexos. São instrumentos adaptados para o uso com a população brasileira.

As participantes responderam esses mesmos instrumentos também na sessão de acompanhamento da AT, visando os três últimos objetivos específicos desta dissertação, a saber, avaliar se houve diferença nos índices de autoestima e correlatos, no fator de risco Transtorno mental e na dependência emocional antes e depois da AT. Ressalta-se que o SRQ-20 e a MIS, além de contemplarem a investigação dos critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, também foram reaplicados na sessão de acompanhamento já que as situações avaliadas por esses instrumentos podem vir relacionadas a situação de ter vivenciado a VPI e, assim, podendo fragilizar a autoestima. Então, considerou-se a reaplicação desses instrumentos para observar a possibilidade de mudança dos fatores avaliados por eles. Tais instrumentos foram explanados nos subtópicos a seguir.

- *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* - Reduzida (ANEXO A)

A versão original em português do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi adaptada e validada por Mari e Williams, em 1986, e a versão reduzida foi validada por Santos, Araújo e Oliveira (2009). O SRQ-20 avalia sintomas não-psicóticos relacionados aos transtornos mentais comuns, caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Sua versão reduzida é composta por 20 itens, os quais são respondidos em uma escala dicotômica entre “sim” e “não”, podendo variar de zero a 20 escores para cada resposta positiva (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Participaram do estudo da versão reduzida 3.190 sujeitos de Feira de Santana-BA, com idade mínima de 15 anos, selecionados por amostragem aleatória por conglomerado, com número de trabalhadores ativos, formal e informal de 1.311. A consistência interna geral dos itens, foi de $\alpha = 0,80$. O instrumento possui quatro fatores, a saber, fator I – comportamento ansioso e depressivo, com seis perguntas, como *Tem chorado mais que o costume?*; fator II – decréscimo de energia, com quatro questões, por exemplo, *O seu trabalho traz sofrimento?*; fator III – sintomas somáticos, com quatro perguntas, como *Você tem falta de apetite?*; e fator IV – humor depressivo, com seis questões, por exemplo, *Tem dificuldade de tomar decisões?*. Os fatores apresentaram bom nível de explicação para a proporção de variância, sendo 59,6%, além de apresentarem consistência $\alpha_{FI} = 0,65$, $\alpha_{FII} = 0,57$, $\alpha_{FIII} = 0,62$ e $\alpha_{FIV} = 0,59$. Os melhores coeficientes foram encontrados com trabalhadores que possuíam menor grau de instrução (< 5 anos), variando entre 0,59 e 0,68 (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Magical Ideation Scale (MIS)* (ANEXO B)

A escala foi criada por Eckblad e Chapman (1983) e traduzida, adaptada e validada por Vieira, Villemor-Amaral, Pianowski, em 2016. É uma escala de autorrelato, que investiga pensamentos mágicos, encontrados em diagnósticos para Esquizofrenia e para Transtorno de Personalidade Esquizotípica, sendo composta por 30 itens, os quais são respondidos em uma escala dicotômica entre “verdadeiro” ou “falso” (VIEIRA; VILLEMOR-AMARAL; PIANOWSKI, 2016).

No estudo para a tradução e para adaptação da escala, participaram 283 voluntários com faixa etária de 18 a 68 anos [$M = 28,3$; $DP = 11,10$], sendo 71% do sexo feminino. A escala passou por processo de tradução para o português brasileiro e foi submetida à tradução para a língua inglesa a fim de saber o quanto à versão brasileira estava em concordância com a inglesa. Após esse processo, a escala foi aplicada aos voluntários, que deveriam sinalizar palavras de difícil entendimento ou ambiguidade encontradas na escala. Em seguida, com a versão final da escala, fez-se o estudo de evidências de validade, no qual participaram 70 sujeitos, sendo 63%

do sexo masculino, com faixa etária entre 19 e 64 anos [M = 40,49, DP = 11,042]. Os voluntários foram divididos em dois grupos, pacientes (diagnóstico para Esquizofrenia) e não-pacientes, com 35 participantes em cada. Foi usado o *t* de Student para comparar o desempenho dos grupos. O grupo de pacientes apresentou maior média [M = 18,71; DP = 4,416] do que o não-paciente [M = 4,74; DP = 2,737] com magnitude elevada ($d = 3,85$; $p = 0,001$), corroborando a hipótese de que pessoas com Esquizofrenia tendem a ter pontuações elevadas nesta escala (VIEIRA; VILLEMOR-AMARAL; PIANOWSKI, 2016). A escala original possui coeficiente alfa 0,82 para homens e 0,85 para mulheres (ECKBLAD; CHAPMAN, 1983). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Questionário Sociodemográfico e Violência (APÊNDICE D)*

Para Gil (2008), o questionário é um modo de entrevista estruturada, com perguntas e respostas previamente estabelecidas, devendo ser objetivo e padronizado. O questionário, desta pesquisa foi elaborado pela autora, e possui itens que abordam idade, sexo, orientação sexual, ocupação, escolaridade, estado civil, tipo de relacionamento, atendimento psicológico e/ou psiquiátrico e processo jurídico. Além desses itens, há perguntas fechadas relacionadas aos tipos de violência que a voluntária possa ter sofrido na relação com o ex-parceiro, totalizando 28 questões.

- *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (ANEXO C)*

A escala foi desenvolvida por Rosenberg, em 1979, e adaptada, validada e normatizada para o Brasil por Hutz, em 2000. A escala original e sua versão adaptada para o Brasil são medidas por um único fator, a autoestima global, sendo constituídas por dez itens, os quais abordam a percepção da autoestima e da autoaceitação. Os itens são pontuados com uma escala *Likert*, variando de um (concordo totalmente) a quatro (discordo totalmente) pontos, quanto mais alta a pontuação melhor é o nível de autoestima apresentado pela pessoa. Os autores enfatizam o fato dessa escala ser utilizada como referência para estudos com autoestima, principalmente, pela sua simplicidade de aplicação e de análise desse constructo da personalidade, além do tempo para respondê-la, que gira em torno de dez minutos (HUTZ; ZANON, 2011). A adaptação e validação da escala utilizou uma amostra de 1.151 estudantes brasileiros, com faixa etária entre 10 e 30 anos, sendo 55% do sexo feminino. Realizou-se a análise fatorial de componentes principais, a partir de uma rotação varimax, encontrando-se $KMO = 0,91$ e teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$), o que se mostrou significativo. O alfa de *Cronbach* foi 0,90, e, por meio do Teste *t*, percebeu-se diferença significativa no sexo entre o grupo que compreendia a idade de 16 a 19 anos (HUTZ; ZANON, 2011). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Escala de Autoconceito de Janis e Field (EAJF)* (ANEXO D)

A escala foi desenvolvida por Janis e Field, em 1959, revisada por Eagly, em 1967, (RODRIGUES, 1985) e adaptada por Crano, Crano e Biaggio (1983). É uma escala que pretende medir o autoconceito composta por 20 itens, os quais são respondidos a partir de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, em que dez itens avaliam a frequência que atitudes relacionadas ao autoconceito são expressas pelo sujeito, variando de 1 (muitas vezes) a 5 (quase nunca). Os outros dez itens avaliam a experiência das várias reações internas aos comportamentos relativos ao autoconceito, variando no grau de 1 (muitíssimo) a 5 (muito pouco) ou 1 (muito bem) a 5 (muito mal) pontos. Os escores variam de 20 a 100, sendo abaixo de 20 um baixo autoconceito e mais perto de 100, um alto autoconceito (CRANO; CRANO; BIAGGIO, 1983).

A tradução foi realizada com 286 estudantes de uma escola pública de Porto Alegre, com faixa etária variando entre 13 e 19 anos, sendo 60% do sexo feminino. Apenas 276 estudantes responderam todos os itens, o grau de consistência interna dos itens foi $\alpha = 0,86$ para a escala total. Para a validade da escala, 195 estudantes preencheram a versão em português, a faixa etária variou de 12 a 17 anos, sendo 54% do sexo masculino. Foi pedido que os professores também avaliassem os alunos a partir do alto, médio ou baixo autoconceito. Apenas 192 estudantes preencheram completamente os dados necessários, obtendo um coeficiente interno $\alpha = 0,83$ para o total de itens. Os dados fornecidos pelos professores e pela escala sobre os alunos apresentaram coeficiente de correlação 0,32 ($p < 0,001$), indicando que a escala reflete com exatidão as estimativas sobre autoconceito que os professores fizeram dos alunos (CRANO; CRANO; BIAGGIO, 1983).

Outro estudo (RODRIGUES, 1985) verificou as qualidades psicométricas da escala com 685 sujeitos universitários, de 16 a 67 anos, sendo 64% do sexo feminino. Obteve consistência interna de $\alpha = 0,80$. O autor optou por não realizar estudos de validade externa, pois ao comparar os resultados obtidos em sua pesquisa com os resultados obtidos no estudo de Crano, Crano e Biaggio (1983) os percebeu como semelhantes e inferiu que a validade encontrada no primeiro estudo já justificaria sua utilização no Brasil. Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Escala de Auto-Imagem (EAI)* (ANEXO E)

A escala foi criada por Singelis, em 1994, e adaptada para o Brasil por Gouveia, Singelis e Coelho, em 2002. A escala se destina a investigar a autoimagem a partir de dois

fatores, o independente, que seria voltado mais para si, enaltecendo qualidades próprias, como habilidades, qualidades, pensamentos e sentimentos pessoais. E o interdependente, o qual é voltado mais para o contexto social e destaca situações referentes às interrelações e aos papéis sociais. Ressalta-se que esses fatores não são excludentes, podendo coexistir nas pessoas, mas com a predominância de um deles. Pessoas com predominância do fator independente tendem a apresentar uma autoestima mais positiva em comparação com pessoas com predominância no fator interdependente (GOUVEIA; SINGELIS; COELHO, 2002).

Possui 24 itens, 12 por fator, sendo respondida por uma escala *Likert* de sete pontos, que varia de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). Participaram do estudo de validade e de precisão, 400 estudantes do ensino médio, do estado de Paraíba. Os indicadores obtidos da análise fatorial foram $KMO = 0,63$ e teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2(276) = 884,84$, $p < 0,001$. Quanto à precisão, o fator independente foi 0,52, enquanto o fator interdependente apresentou Alfa de *Cronbach* 0,54. O modelo bifatorial se mostrou mais satisfatório (GOUVEIA; SINGELIS; COELHO, 2002). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Experiences in Close Relationship Scale (ECR-Brasil)* (ANEXO F)

A escala foi desenvolvida por Clarck e Sahver, em 1998, traduzida e adaptada para a população brasileira por Shiramizu, Natividade e Lopes, em 2013. A escala investiga o apego adulto em relacionamentos afetivo-sexuais. Contém 36 itens pontuados por uma escala *Likert* de sete pontos, sendo 1 (discordo fortemente) e 7 (concordo fortemente). Possui dois fatores, a saber, ansiedade relacionada ao apego e evitação relacionada ao apego, ambos contendo 18 itens cada. A ansiedade relacionada ao apego aborda o quanto o indivíduo preocupa-se com o(a) parceiro(a) e com a relação, além da necessidade de aproximação físico-emocional. Enquanto, o fator evitação relacionado ao apego se relaciona com o desconforto sentido pela aproximação, e dependência do parceiro, além de medir a autoconfiança e a preferência pelo distanciamento emocional (SHIRAMIZU; NATIVIDADE; LOPES, 2013).

A escala primeiramente foi traduzida para do inglês (versão original) para o português por três especialistas bilíngues, sendo posteriormente transformada em um única versão e apresentada a 15 estudantes universitários que avaliaram a estrutura compreensiva da escala quanto aos termos utilizados. Depois, realizou-se o estudo empírico de adaptação que contou com a participação de 230 estudantes universitários da cidade de Natal-RN, com idade entre 18 e 46 anos, sendo 68,7% participantes femininas. Os resultados apontaram coeficientes alfa de *Cronbach* de 0,87 para ambas as dimensões e problemas em dois itens (SHIRAMIZU; NATIVIDADE; LOPES, 2013).

Após os reajustes da estrutura da escala, houve o estudo para averiguar as qualidades psicométricas. Participaram 618 pessoas de diversas localidades brasileiras, sendo maioria da região nordeste (64,8%), com média de idade de 25,9 anos [DP=7,09] e 59,2% participantes do sexo feminino. Os resultados apontaram para duas dimensões (ansiedade e evitação) com alfa de *Cronbach* superior a 0,80 em ambas as dimensões. Além disso, o estudo constatou diferença significativa entre sexo, em que mulheres pontuam mais na dimensão Ansiedade que os homens, enquanto os homens pontuam mais em Evitação. Ademais, houve diferenças significativas entre os grupos sem compromisso que pontuaram mais em ambas as dimensões quando comparado com as pessoas compromissadas (SHIRAMIZU; NATIVIDADE; LOPES, 2013). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI-Brasil)* (ANEXO G)

O inventário foi desenvolvido por Foa *et al.*, em 1999, adaptado e validado por Sbardelloto e Kristensen, em 2010. Trata-se de um instrumento que investiga o trauma por meio de 36 itens que são pontuados a partir de uma escala *Likert* de sete pontos, em que 1 é discordo totalmente e 7, concordo totalmente. Possui três domínios investigativos relacionados a cognições pós-traumáticas, a saber, cognições negativas sobre o eu (self), cognições negativas sobre o mundo e cognições sobre autorresponsabilização (SBARDELLOTO, 2010).

O estudo de adaptação e validação de conteúdo para a versão brasileira foi realizado em cinco etapas, em que houve a tradução do inglês (original) para o português, em seguida retradução para o inglês, a averiguação da semântica, a validação do conteúdo e teste da versão final do inventário. O inventário foi respondido por 45 pessoas e apresentou bons resultados de compreensão dos itens. Já o estudo de validade foi realizado com 60 pessoas que vivenciaram situações traumáticas e tinham diagnóstico para TEPT (20 pessoas), que vivenciaram trauma, mas não apresentavam diagnóstico para TEPT (20 pessoas) e que não vivenciaram trauma e não tinham histórico de trauma (20 pessoas). A consistência interna da escala total foi $\alpha = 0,96$, enquanto os domínios cognições negativas sobre self $\alpha = 0,96$, cognições negativas sobre mundo $\alpha = 0,92$ e cognições sobre autorresponsabilização $\alpha = 0,83$. Houve diferenças significativas para o escore geral e pessoas com TEPT e para os escores dos três domínios e TEPT (SBARDELLOTO, 2010). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Escalas Beck*

As escalas Beck foram desenvolvidas por Beck e colaboradores, em 1991, adaptadas e traduzidas por Cunha, em 2001. São quatro escalas 1. o Inventário de Depressão

(BDI), 2. o Inventário de Ansiedade (BAI), 3. a Escala de Desesperança (BHS) e 4. a Escala de Ideação Suicida (BSI) que rastreiam, respectivamente, sintomas relacionados a intensidade da depressão e da ansiedade, aspectos de pessimismo (frente a situações futuras) e atitudes de ideação suicida (CUNHA, 2017). Ressalta-se que as Escalas se encontram com parecer desfavorável pelo Satepsi, mas decidiu-se por serem os instrumentos mais utilizados, em pesquisa, para rastreamento de depressão e ansiedade, além de o conjunto de escalas contemplarem o necessário para os critérios e para o objetivo desta dissertação.

A BDI é composta por 21 itens, em que cada um é composto por quatro alternativas com escores crescentes de gravidade para depressão. A soma final dos escores permite classificar o nível de intensidade para depressão, que pode variar de mínimo (0-11 escores) a grave (36-63 escores). A BAI é composta por 21 itens de quatro escores cada, em que a soma final dos escores possibilita a compreensão da intensidade da ansiedade sentida, podendo variar de mínimo (0-10 escores) a grave (31-63 escores). A BHS é composta por 20 itens, medido por uma escala dicotômica entre certo e errado, sendo nove itens “certos” e 11 “errados”. No final, observa-se a soma individual dos itens assinalados na direção crítica do pessimismo, indo de zero a 20 escores, indicando o nível de desesperança, o qual varia entre mínimo (0-4 escores) a grave (14-20 escores). E, por fim, a BSI que possui 21 itens, em que 19 tem três alternativas de respostas gradativas para a ideação e os dois últimos itens, não incluídos na soma final dos escores, são para informar o número de tentativas de suicídio e o quanto houve intenção de morrer na última tentativa de suicídio (CUNHA, 2017).

As estimativas de fidedignidade dos quatro instrumentos são para amostra psiquiátrica a) BDI o alfa de *Cronbach* varia entre 0,79 e 0,91 nos diferentes grupos psiquiátricos avaliados, b) BAI $\alpha > 0,90$, c) o alfa de *Cronbach* varia de 0,83 a 0,90 e d) BSI $\alpha > 0,90$, sendo todas as escalas consideradas com consistência interna excelente. Para a amostra médico-clínica a) BDI tem alfa de *Cronbach* variando de 0,77 a 0,92 nos diferentes grupos, b) BAI alfa variando entre 0,75 e 0,92, c) BHS alfa varia entre 0,74 e 0,88, e d) BSI $\alpha = 0,93$, sendo BDI, BAI e BHS consideradas com consistência interna satisfatória e BSI, excelente. E a amostra não-clínica teve a) BDI alfa variando de 0,70 a 0,86 nos diferentes grupos avaliados, b) BAI $\alpha > 0,80$, c) BHS o alfa varia entre 0,51 a 0,86, e d) BSI $\alpha > 0,90$, sendo BDI e BAI consideradas com consistência interna satisfatória, BHS permite diferentes interpretações para a sua consistência, variando entre ruim e satisfatória, e BSI satisfatória ou excelente. Destaca-se que o instrumento está liberado para uso privativo, não podendo ser publicado sem autorização (CUNHA, 2017). O Quadro 7 apresentado a seguir organiza os instrumentos utilizados na triagem e na sessão de acompanhamento por caso.

4.4.2 Instrumentos utilizados durante os processos de AT

Durante o processo da AT, na etapa de testes padronizados, foram utilizados testes psicológicos e instrumentos não-privativos, que visavam ajudar a cliente e a terapeuta a responderem as perguntas avaliativas realizadas nas sessões iniciais do processo avaliativo, como é proposto por Finn (2017). Foram considerados testes psicológicos com parecer favorável pelo Satepsi, como orienta a Resolução nº 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Os instrumentos não-privativos utilizados foram escalas adaptadas e validadas para o uso com a população brasileira. Ademais, as clientes responderam ao Questionário de Avaliação como parte do procedimento da AT (FINN; SCHROEDER; TONSAGER, 1993) e ao *Working Alliance Inventory*, visando o objetivo específico da pesquisa de averiguar a participação na avaliação e a relação terapêutica pela perspectiva do cliente após o processo de Avaliação Terapêutica.

- *Bateria Fatorial de Personalidade*

O instrumento é um teste psicológico que avalia a personalidade a partir da Teoria do Cinco Grandes Fatores, a qual inclui cinco dimensões, a saber, extroversão, socialização, realização, neuroticismo e abertura as experiências. É um instrumento desenvolvido no Brasil por Nunes, Hutz e Nunes, em 2010, que contém 126 itens autoavaliativos em uma escala *Likert* que varia de 1 (descreve-me muito mal) a 7 (descreve-me muito bem) pontos. As facetas abordadas por cada dimensão são a) extroversão (nível de comunicação, altivez, dinamismo/assertividade e interações sociais), b) socialização (amabilidade, pró-sociabilidade e confiança), c) realização (competência, ponderação/prudência/cautela e empenho/dedicação/comprometimento), d) neuroticismo (vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade/falta de energia e depressão) e e) abertura as experiências (abertura a ideias, liberalismo e busca por novidades). O instrumento possui consistência interna para amostra geral, com alfa de *Cronbach* para as dimensões extroversão (0,84), socialização (0,85), realização (0,83), neuroticismo (0,89) e abertura as experiências (0,74), todas consideradas consistências satisfatórias (NUNES; HUTZ; NUNES, 2013). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Método de Rorschach – Sistema de Avaliação por Performance no Rorschach*

O instrumento foi desenvolvido por Herman Rorschach, que, em 1921, publicava pela primeira vez um conjunto de dez pranchas com borrões de tintas. Os estímulos das

pranchas são manchas de tintas ambíguas a partir das quais o cliente deve responder o que poderia ser aquilo que ele visualiza. A resposta a essa pergunta permite observar o comportamento do cliente quanto à resolução de problemas de forma visual, cognitiva e perceptiva, isto é, possibilita uma experiência *in vivo* da personalidade do avaliando em ação, em que se observa o que a pessoa faz e não o que diz que faz. Assim, o instrumento avalia características da personalidade e do processamento cognitivo (MEYER *et al.*, 2017).

O teste é composto por dez pranchas com borrões de tinta, para as quais o avaliando deve produzir duas a três respostas por cartão e o aplicador registrar tudo o que for expresso verbal e fisicamente pelo cliente. A codificação das respostas fornecidas pode ser feita por diferentes sistemas de codificação do Rorschach, para este estudo, utilizou-se o Sistema de Avaliação por Performance no Rorschach. É um sistema que considera variáveis com forte apoio empírico e clínico, e simplifica e uniformiza a terminologia utilizada, o que facilita a parcimônia dos dados avaliados e considera novos índices a partir de estudos estatísticos e tratamentos atuais, além de possuir uma plataforma digital que possibilita a atualização do manual, da codificação e dos aplicadores constantemente (MEYER *et al.*, 2017).

Um estudo de metanálise objetivou avaliar a produção científica referente ao Método de Rorschach nacional e internacionalmente. Foram analisados 892 estudos dos períodos de 2000 a 2010. Os resultados pontuaram que 85,2% (n = 760) tratavam de investigar o instrumento por meios estatísticos, enquanto o restante (n = 132) tratavam de discutir a teoria. Nos estudos técnicos (n=264), os principais elementos investigados era a validade do Rorschach em diferentes contextos, com comprovação empírica de que o instrumento avalia os constructos que se propõem avaliar (CASTRO, 2012). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Inventário de Habilidades Sociais Conjugais*

O Inventário de Habilidades Sociais Conjugais é um teste de autorrelato que avalia situações e comportamentos entre parceiros no contexto conjugal. O instrumento foi desenvolvido por Villa e Del Prette, em 2012, e contém 32 itens que avaliam a frequência de comportamentos tidos pelo respondente, que pode ir de 0-2 (em cada dez situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes) a 9-10 (em cada dez situações desse tipo, reajo dessa forma de 9 a 10 vezes). Possui cinco fatores a) expressividade/empatia, b) autoafirmação assertiva, c) autocontrole reativo, d) autocontrole proativo e e) conversação assertiva. É indicado para jovens adultos entre 20 e 70 anos, com escolaridade mínima de ensino médio. A interpretação dos escores sugere que na faixa de 25 a 75 escores a pessoa possui um repertório de habilidades sociais conjugais mediano, abaixo de 25 haveria um déficit e acima de 75 um

repertório bastante elaborado. A consistência interna para a escala total teve alfa de *Cronbach* 0,82, e para os fatores o alfa variou entre 0,56 e 0,75, sendo considerado um instrumento com bom coeficiente de precisão (VILLA; DEL PRETTE, 2012). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Teste de Apercepção Temática*

O Teste de Apercepção Temática é um método projetivo. O instrumento permite que o indivíduo expresse emoções, pensamentos e memórias vividas e possibilita conhecer medos, anseios, dificuldades, necessidades e pressões tidos pelo sujeito. Avalia a personalidade por meio de 31 pranchas que abrangem situações humanas (MURRAY, 2005). O indivíduo deverá contar histórias sobre a imagem representada na prancha, revelando componentes importantes da personalidade, como a tendência de interpretar uma situação análogo ao que foi vivenciado e a inclinação de contar de formar idênticas as situações vividas. Os estudos de fidedignidade foram realizados por meio da precisão entre avaliadores, que obteve índice de concordância de 98% (MURRAY, 2005). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço*

O inventário foi desenvolvido por Spielberger, em 1988, e a adaptado para a população brasileira por Biaggio, em 1992. É um instrumento que busca avaliar a raiva como estado e traço a partir de 57 itens autoavaliativos que são distribuídos em seis escalas (estado de raiva, traço de raiva, expressão de raiva para fora, expressão de raiva para dentro, controle de raiva para fora e controle de raiva para dentro), cinco subescalas (temperamento de raiva, reação de raiva, sentimento de raiva, vontade de expressar raiva verbalmente e vontade de expressar raiva fisicamente) e um índice de expressão da raiva (SPIELBERGER, 2010). O instrumento foi traduzido da língua inglesa (original) para o português, depois novamente retraduzido para o inglês, e então, traduzido novamente para o português por psicólogos bilíngues. Os estudos de precisão do instrumento obteve coeficientes alfa de *Cronbach* variando entre 0,68 e 0,88 para escalas e subescalas, apresentando, no geral, boa consistência interna (SPIELBERGER, 2010). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Acceptance and Action Questionnaire – II (ANEXO H)*

O instrumento foi desenvolvido por Hayes e colaboradores, em 2004, aperfeiçoado por Bond e colaboradores, em 2011, adaptado e validado para a população brasileira por Barbosa e Murta, em 2015. O instrumento avalia a Flexibilidade Psicológica, que é uma habilidade de estar em contato com o que se vivencia no momento presente de forma mais

inteira, se permitindo se adaptar ou continuar se necessário. É uma escala de sete itens, autoavaliados por uma escala *Likert* que varia de 1 (nunca) a 7 (sempre) pontos. Os escores podem ir de 7 a 49, e quanto maior o escore maior a flexibilidade psicológica (BARBOSA; MURTA, 2015).

A escala foi traduzida do inglês (língua original) para o português por dois especialistas bilíngues e psicólogos. Após os ajustes das versões traduzidas para uma única versão, o instrumento foi submetido a validade semântica e respondido por dois grupos de estudantes universitário, totalizando oito pessoas. Em seguida, o instrumento teve estudos de validade de constructo, que envolveu 834 pessoas de diferentes estados do Brasil, e comparação do instrumento com outros instrumentos, com participação de 518 pessoas da cidade de Brasília. Os resultados das análises foram satisfatórios, com alfa de *Cronbach* 0,86, além de associações positivas entre idade e flexibilidade, em que pessoas mais velhas apresentavam maior flexibilidade. Também houve associação positiva entre sexo e flexibilidade, em que homens apresentaram maior flexibilidade do que as mulheres. Além disso, houve correlações positivas do instrumento com instrumentos de saúde mental e resiliência, e correlações negativas com depressão e ansiedade (BARBOSA; MURTA, 2015). Destaca-se que é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- *Toronto Alexithymia Scale – Reduzida (20)*

Instrumento que avalia o grau de alexitimia, ou seja, avalia a dificuldade das pessoas para identificar, para diferenciar e para expressar suas emoções. A escala original foi desenvolvida por Taylor, Ryan e Bagby, em 1985, e sua versão reduzida de 20 itens por Bagby, Taylor e Parker, em 1992. A versão reduzida de 20 itens foi adaptada para a população brasileira por Wiethaeuper e Balbinotti, em 2003. Contém 20 itens autoavaliativos, respondidos por uma escala *Likert*, a qual varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos, quanto maior a soma dos escores maior é o grau de alexitimia. Possui um constructo global que é a alexitimia avaliado por três fatores, a saber, 1) dificuldade de identificar sentimentos e sensações corporais, 2) dificuldade de descrever sentimentos para outros e 3) estilo de pensar orientado para o exterior (WIETHAEUPER *et al.*, 2005).

A adaptação semântica do instrumento consistiu em duas traduções do inglês (versão original) para o português e, em seguida, três avaliadores compararam as duas versões traduzidas, originando a versão adaptada, a qual foi respondida por oito pessoas com o objetivo de verificar a compreensão e clareza dos itens. Quanto à consistência interna, para escala total alfa de *Cronbach* 0,76 e para os fatores $\alpha_{F1} = 0,70$, $\alpha_{F2} = 0,62$ e $\alpha_{F3} = 0,58$

(WIETHAEUPER *et al.*, 2005). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

- Questionário da Avaliação (QA)

É um instrumento que busca avaliar a satisfação e a experiência do cliente com o processo avaliativo. Foi desenvolvido por Finn, Schroeder e Tonsager, em 1992 e validado em 1993. É um instrumento de 48 itens, medidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, em que 1 significa “discordo fortemente” e 5 “concordo fortemente”. É composto por quatro fatores 1. nova autoconsciência/compreensão (NA), que se relaciona ao que o cliente aprendeu de novo sobre si, 2. espelhamento preciso positivo (EP), que avalia o quanto o cliente se sentiu reconhecido pelo terapeuta, 3. relação positiva com o avaliador (RPA), que significa o quanto o cliente gostou e se sentiu acolhido pelo terapeuta e 4. sentimentos negativos sobre a avaliação (SNA), que reflete o quanto o cliente sentiu que faltou algo na avaliação ou que se sentiu julgado/desconfortável durante o processo avaliativo (FINN; SCHROEDER; TONSAGER, 1993). Em 1998, Finn aborda que os fatores do AQ se correlacionam com um fator geral de satisfação com a avaliação. Esse fator é calculado invertendo os escores do fator SNA e somando aos demais escores atribuídos aos outros fatores. O resultado é interpretado por uma escala *Likert* de cinco pontos, em que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito (FINN, 1998).

O estudo de consistência interna foi realizado com uma amostra total de 139 pessoas que foram divididas em grupos de baixa autoestima (N=73), pacientes internados (N=35) e pacientes não-internados (N=41). Para o grupo de pessoas com baixa autoestima, o fator NA teve alfa de *Cronbach* 0,84, o EP (0,88), o RPA (0,90) e o SNA (0,92). Para o grupo pacientes internados, o alfa de *Cronbach* para os fatores foi NA (0,93), EP (0,88), RPA (0,89) e SNA (0,79). E para o grupo paciente não-internado, o alfa de *Cronbach* de cada fator foi NA (0,90), EP (0,89), RPA (0,90) e SNA (0,88) (FINN; SCHROEDER; TONSAGER, 1993). Não há estudos disponíveis da versão original do questionário sobre a consistência interna para o fator geral de satisfação. Ressalta-se que a versão original da escala está disponível no endereço eletrônico oficial do Therapeutic Assessment Institute (<http://www.therapeuticassessment.com>). A versão traduzida e utilizada nesta pesquisa foi feita pela equipe do Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSaM) da Universidade São Francisco, visando a adaptação do instrumento para o Brasil, mas não houve ainda a publicação dos estudos.

- *Working Alliance Inventory* (WAI) – versão cliente

O inventário avalia a relação terapêutica entre cliente e terapeuta a partir da teoria de Bordin. É composto por três versões, a saber, a do cliente, a do terapeuta e a do observador. Cada versão contém 36 itens, que avaliam as dimensões tarefas, vínculos e objetivos. A

dimensão objetivos relaciona-se com as expectativas do terapeuta e do cliente para o tratamento realizado. A dimensão Tarefas engloba os meios específicos necessários para que o tratamento produza mudanças. E a dimensão vínculos está ligada à características existentes no vínculo que propiciam o relacionamento terapeuta e cliente. É respondido por meio de uma escala *Likert* de sete pontos, em que 1 equivale a “nunca” e 7 “sempre”. O escore global varia de 36 a 252 pontos e quanto mais próximo de 252 melhor é a aliança terapêutica (MAIA *et al.*, 2017).

Destaca-se que não há estudos quanto à adaptação da versão completa desse instrumento para população brasileira (MAIA *et al.*, 2017). A versão utilizada neste estudo é a adaptada para língua portuguesa por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu. Porém, escolheu-se utilizar esse instrumento devido à similaridade da língua portuguesa para a população brasileira e pela ampla utilização desse inventário em estudos sobre aliança terapêutica, inclusive no Brasil (ver ARAUJO *et al.*, 2017; GIASSON, 2020). O inventário apresentou bons índices de confiabilidade para a WAI (cliente), sendo para fator global alfa de *Cronbach* 0,93, e para as três dimensões 0,79 (vínculos), 0,88 (tarefas) e 0,28 (objetivos) (SERRALTA *et al.*, 2020). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público, e que o uso foi autorizado pela *Society for Psychotherapy Research* (APÊNDICE E). A seguir, no Quadro 7 apresentou-se uma síntese de todos os instrumentos utilizados para a pesquisa e para a AT.

Quadro 7 – Síntese dos instrumentos utilizados para a pesquisa e para AT

Casos	Entrevista de Triagem	Sessão de Acompanhamento	Etapa de Testes Padronizados AT
Esmeralda	E. Autoestima de Rosenberg; E. de Autoconceito de Janis e Field; E. de Auto-Imagem (Singelis); SRQ-20; MIS; Questionário sociodemográfico e violência.	E. Autoestima de Rosenberg; E. de Autoconceito de Janis e Field; E. de Auto-Imagem (Singelis); SRQ-20; MIS; Questionário de Avaliação; <i>Working Alliance Inventory</i> .	Bateria Fatorial da Personalidade; Inventário de Habilidade Sociais Conjugais; Método de Rorschach [R-PAS]; Teste de Apercepção Temática.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 7 – Síntese dos instrumentos utilizados para a pesquisa e para AT (conclusão)

Casos	Entrevista de Triagem	Sessão de Acompanhamento	Etapa de Testes Padronizados AT
Safira	E. Autoestima de Rosenberg; E. de Autoconceito de Janis e Field; E. de Auto-Imagem (Singelis); SRQ-20; MIS;	E. Autoestima de Rosenberg; E. de Autoconceito de Janis e Field; E. de Auto-Imagem (Singelis); SRQ-20; MIS;	Bateria Fatorial da Personalidade; Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço; Método de Rorschach [R-PAS].
Rubi	ECR (Dep. Emocional); PCI (Trans. Pós-Traumático); Escala Beck (Depressão, ansiedade, desesperança e suicídio); Questionário sociodemográfico e violência.	ECR (Dep. Emocional); PCI (Trans. Pós-Traumático); Escala Beck (Depressão, ansiedade, desesperança e suicídio); Questionário de Avaliação; <i>Working Alliance Inventory</i> .	Bateria Fatorial da Personalidade; <i>Acceptance and Action Questionnaire – II</i> ; <i>Toronto Alexithymia Scale – Reduzida – 20</i> ; Método de Rorschach [R-PAS].

Fonte: elaborado pela autora.

4.5 Procedimentos

- **Procedimentos éticos**

Inicialmente, o projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), seguindo as diretrizes e normas que norteiam as pesquisas com seres humanos de acordo com as resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016). O projeto recebeu parecer favorável, sob o nº3.646.028, sendo liberado para o estudo com mulheres que sofreram VPI.

Todas as participantes voluntárias foram informadas durante a entrevista de triagem sobre a proposta da pesquisa e sobre o processo da AT contidos no TCLE (APÊNDICE B), além das orientações sanitárias de saúde quanto ao contexto de atendimento presencial durante a pandemia por Covid-19. Também foi discutida com as voluntárias a possibilidade de se gravar as sessões por meio de instrumentos audiovisuais. Explicou-se que os vídeos das sessões ajudariam no estudo e no planejamento do caso e serviriam de meios de registros para posterior análise de dados fornecidos pelo processo avaliativo. Ademais, esclareceu-se que os vídeos e áudios seriam armazenados em um drive online, a partir do qual apenas a pesquisadora e membros do grupo de supervisão teriam o *login* e senha de acesso, sendo negado o acesso a

peçoas a parte da pesquisa. As voluntárias concordaram com as gravações por meio da assinatura do Termo de Permissão para Gravação de Áudio e de Vídeo (APÊNDICE F).

Ressalta-se que foram respeitadas as premissas éticas sobre o sigilo e anonimato das participantes, como também se esclareceram os riscos e benefícios de participar do estudo, além de assegurar o direito das participantes de desistir a qualquer momento da pesquisa. Destacou-se para as clientes que suas participações eram voluntária, sem remuneração e custos para a participante. Assim, foi fornecido ajuda de custo para as participantes que solicitaram em relação ao transporte para o local de atendimento.

Enfatiza-se que faz parte do processo de AT a formação de um grupo de supervisão formado por profissionais e por estudantes envolvidos com o conhecimento da AT, para auxiliar a psicoterapeuta a conduzir o processo. Para garantir e manter o sigilo, resguardando as clientes, foram tomadas medidas em que se pediu aos participantes do grupo de supervisão que assinassem um Termo de Confidencialidade e de Sigilo (APÊNDICE G) antes de assistir aos vídeos das sessões.

- **Procedimentos de coleta de dados**

Após a liberação da pesquisa pelo CEP, iniciou-se uma busca para identificar potenciais participantes no SPA da UECE, que havia sido a instituição escolhida para os atendimentos da pesquisa, devido a orientadora deste estudo e o Leapsi estarem integrados ao curso de Psicologia da UECE. A coordenadora da clínica do SPA verificou as fichas disponíveis para atendimentos e informou a pesquisadora que não foram encontradas clientes que atendessem previamente aos critérios de inclusão desta pesquisa.

Decidiu-se, então, acessar os professores-supervisores clínicos do SPA para saber se eles tinham possíveis indicações de voluntárias. Foi dessa forma que quatro mulheres foram indicadas como voluntárias para a pesquisa, as quais foram contatadas e convidadas para participar do estudo. Todas as voluntárias apresentaram interesse em participar da pesquisa e aceitaram se encontrar com a pesquisadora em uma entrevista de triagem, combinada de acordo com a disponibilidade de cada uma das participantes. Apenas três participantes compareceram a entrevista de triagem combinada, a quarta participante não deu nenhum retorno para que se pudesse remarcar a entrevista, assim, considerou-se que a voluntária desistiu de sua participação.

Apenas a entrevista de triagem com a participante Esmeralda ocorreu no SPA da UECE no início de março/2020, pois logo depois a UECE encerrou suas atividades presenciais devido ao contexto de pandemia por Covid-19. A participante Safira teve sua entrevista realizada no IGC, em dezembro/2020. E a participante Rubi foi entrevistada em um consultório

de atendimento psicológico particular em janeiro/2021. As três entrevistas foram realizadas pela pesquisadora desta pesquisa, que desenvolveu um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE C), o qual foi seguido nas três entrevistas.

A entrevista de triagem consistiu em conhecer a participante e um pouco das sua história de vida, principalmente, no que tangia ao seu relacionamento afetivo-sexual, além de saber das expectativas e das dúvidas que possuíam em relação à pesquisa e à avaliação. Nessa entrevista explicou-se o que foi abordado no tópico de procedimentos éticos, em que as três participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE B) e o Termo de Permissão para Gravação de Áudio e Vídeo (APÊNDICE F). Além disso, averiguou-se com cada participante como elas percebiam a autoestima delas em três diferentes momentos, a saber, “como você percebe sua autoestima hoje após o relacionamento?”, “e durante o relacionamento como você a descreveria?” e “e antes do relacionamento?”. Também foi pedido as três voluntárias que respondessem instrumentos que ajudariam avaliar variáveis importantes para os objetivos da pesquisa, como a autoestima e correlatos, além de fatores de risco e emocionais relacionados a VPI e a autoestima. Esses instrumentos utilizados na triagem foram discutidos no tópico 4.4 de instrumentos desta dissertação.

Terminado o processo de triagem, considerou-se as três participantes aptas para participar da pesquisa. Devido ao contexto de pandemia por Covid-19, a primeira avaliação ocorreu quatro meses após a entrevista de triagem, ou seja, em julho/2020. O processo de AT apoiou-se nos direcionamentos propostos por Finn (2017), seguindo-se a semiestrutura de seis passos e os objetivos de cada etapa. Destaca-se que na sessão de acompanhamento dos três casos foram reaplicados os instrumentos aplicados na triagem, além de ser novamente investigada a percepção das clientes quanto à autoestima por meio de três perguntas, a saber, “como você sente sua autoestima hoje após o processo de AT?”, “e durante o processo, como você a percebe?” e “e antes do processo?”, perguntou-se novamente sobre a percepção antes do processo, por ter havido longo período entre a triagem e o começo do primeiro caso, manteve-se as mesmas perguntas nos demais casos optando-se pela padronização dessas perguntas. Além disso, na sessão de acompanhamento, foi o momento em que as clientes entregaram respondidos os instrumentos QA e WAI, os quais foram enviados junto com a carta.

Quanto ao caso Esmeralda, a participante teve um processo avaliativo de cinco meses, que ocorreu entre o período de julho a dezembro/2020. O processo contou com duas sessões iniciais, três sessões de testes padronizados, uma de intervenção, de resumo e discussão e de acompanhamento, resultando um total de oito encontros. Cada encontro teve em média a duração de 100 minutos. Esmeralda elaborou três perguntas para a avaliação relacionadas a

VPI. Tal como mencionado no tópico 4.4 de instrumentos, Esmeralda respondeu os instrumentos Bateria Fatorial da Personalidade, Inventário de Habilidade Sociais Conjugais, Método de Rorschach [R-PAS] e Teste de Apercepção Temática. Realizou-se o inquérito estendido três instrumentos. Na sessão de intervenção, foi utilizada a técnica da Linha do Tempo sobre os relacionamentos interpessoais da cliente. Como a cliente preferiu receber a carta em sua casa, contratou-se uma pessoa para entregar o documento, que foi enviado em envelope lacrado. Quase todas as sessões foram gravadas por uma câmera de vídeo e por um gravador de voz, exceto a sessão de resumo e discussão, na qual a câmera de vídeo apresentou problemas técnicos, ficando apenas o registro pelo gravador de voz. Durante o processo a cliente teve que se ausentar por 15 dias devido a uma microcirurgia que necessitou realizar.

Quanto ao caso Safira, seu processo de AT iniciou-se em janeiro/2021 e encerrou-se em julho/2021. O processo teve um total de dez encontros, distribuídos em três sessões iniciais, três de testes padronizados, duas de intervenção e uma de resumo e discussão e de acompanhamento. Cada encontro teve duração em média de 120 minutos. Safira elaborou três perguntas para a avaliação relacionadas a VPI. Tal como mencionado no tópico 4.4 de instrumentos, Safira respondeu os instrumentos Bateria Fatorial da Personalidade, Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço e Método de Rorschach [R-PAS]. Realizou-se o inquérito estendido de todos os instrumentos administrados. Na sessão de intervenção, utilizou-se a técnica da Linha do Tempo sobre os sentimentos tidos pela cliente em diferentes etapas de sua vida. Como essa cliente também preferiu receber a carta em sua casa, contratou-se uma pessoa para entregar o documento, que foi enviado em envelope lacrado. Todas as sessões foram gravadas por uma câmera de vídeo de um *laptop* e por um gravador de voz. Durante o processo avaliativo tiveram longas pausas entre os atendimentos, por exemplo, houve uma pausa de dois meses entre duas sessões de testes padronizados devido ao isolamento social por Covid-19 e outra pausa de um mês entre a sessão de intervenção e de resumo e discussão pela cliente apresentar diagnóstico positivo para o vírus da Dengue.

Quanto ao caso Rubi, foi o terceiro processo de AT e ocorreu de fevereiro/2021 a agosto/2021. Ocorreram nove sessões durante todo o processo, das quais duas foram sessões iniciais, quatro de testes padronizados, uma de intervenção, de resumo e discussão e de acompanhamento. Cada encontro teve em média 90 minutos. Rubi elaborou quatro perguntas para a avaliação relacionadas a VPI. Tal como mencionado no tópico 4.4 de instrumentos, Safira respondeu os instrumentos Bateria Fatorial da Personalidade, *Acceptance and Action Questionnaire – II*, *Toronto Alexithymia Scale – 20* e Método de Rorschach [R-PAS]. Realizou-se o inquérito estendido com todos os instrumentos administrados. Na sessão de intervenção,

preferiu-se trabalhar com um baralho com imagens lúdicas para que a cliente se projetasse em três momentos diferentes da sua vida, a saber, antes, durante e após o casamento. A cliente preferiu receber a carta em sua casa e por isso a carta também foi lacrada e enviada por uma pessoa contratada para fazer a entrega. Todas as sessões foram gravadas com uma câmera de vídeo de um *i-pad* e por um gravador de voz, apesar de algumas sessões um ou outro aparelho apresentar problemas técnicos. O processo avaliativo da Rubi sofreu uma longa pausa de três meses devido ao isolamento social, outra pausa de um mês, na qual a cliente necessitou se ausentar por suspeita de infecção por Covid-19 e outra pausa por uma microcirurgia que necessitou fazer. No Quadro 8 foram sintetizadas as informações sobre o processo de AT nos três casos.

Quadro 8 – Informações sobre o processo de AT para cada caso

	Sessão	Etapas AT	Instrumentos/Técnicas
Esmeralda	1 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	2 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	3 ^a	Sessão Teste Padronizado	Bateria Fatorial da Personalidade (autorrelato); Inventário de Habilidade Sociais Conjugais (autorrelato)
	4 ^a	Sessão Teste Padronizado	Método de Rorschach [R-PAS] (projetivo)
	5 ^a	Sessão Teste Padronizado	Teste de Apercepção Temática (projetivo)
	6 ^a	Sessão Intervenção	Linha do Tempo
	7 ^a	Sessão Resumo e Discussão	Sumarização dos resultados
	8 ^a	Sessão Acompanhamento	Respondeu instrumentos utilizados na triagem; Respondeu sobre autoestima; Entregou Questionário de Avaliação; Entregou <i>Working Alliance Inventory</i>
Safira	1 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	2 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	3 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	4 ^a	Sessão Teste Padronizado	Bateria Fatorial da Personalidade (autorrelato); Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – 2 (autorrelato)
	5 ^a	Sessão Teste Padronizado	Método de Rorschach [R-PAS] (projetivo)
	6 ^a	Sessão Teste Padronizado	Inquérito Método do Rorschach [R-PAS]
	7 ^a	Sessão Intervenção	Linha do Tempo
	8 ^a	Sessão Intervenção	Linha do Tempo (continuação)
	9 ^a	Sessão Resumo e Discussão	Sumarização dos resultados
	10 ^a	Sessão Acompanhamento	Respondeu instrumentos utilizados na triagem; Respondeu sobre autoestima; Entregou Questionário de Avaliação; Entregou <i>Working Alliance Inventory</i>

Quadro 8 – Informações sobre o processo de AT para cada caso (conclusão)

	Sessão	Etapas AT	Instrumentos/Técnicas
Rubi	1 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	2 ^a	Sessão Inicial	Formulação perguntas avaliativas
	3 ^a	Sessão Teste Padronizado	Bateria Fatorial da Personalidade (autorrelato)
	4 ^a	Sessão Teste Padronizado	<i>Acceptance and Action Questionnaire – II</i> (autorrelato); <i>Toronto Alexithymia Scale</i> (autorrelato)
	5 ^a	Sessão Teste Padronizado	Método de Rorschach [R-PAS] (projetivo)
	6 ^a	Sessão Teste Padronizado	Inquérito Método do Rorschach [R-PAS]
	7 ^a	Sessão Intervenção	Técnica Lúdica com baralho de figuras
	8 ^a	Sessão Resumo e Discussão	Sumarização dos resultados
	9 ^a	Sessão Acompanhamento	Respondeu instrumentos utilizados na triagem; Respondeu sobre autoestima; Entregou Questionário de Avaliação; Entregou <i>Working Alliance Inventory</i>

Fonte: elaborado pela autora.

4.6 Análise de dados

Para contemplar os objetivos proposto do estudo, escolheu-se realizar dois tipos de análises para o processo de mudança das participantes em relação à AT e à autoestima. A primeira análise foca na observação do processo de mudança quanto à autoestima durante a AT por meio da análise de conteúdo. A segunda, é uma análise pré e pós-avaliação a partir de instrumentos aplicados na entrevista de triagem e reaplicados na sessão de acompanhamento relacionados à autoestima, aos correlatos e a outros fatores, além do relato direto das clientes sobre como percebiam sua autoestima nesses dois momentos. A seguir apresenta-se como cada tipo de análise foi realizada.

- **Análise do processo de mudança durante a AT**

Com a intenção de contemplar o primeiro objetivo específico, a saber, analisar como os fatores de risco e emocional da VPI, fatores de mudança e a autoestima podem emergir nas diferentes etapas da Avaliação Terapêutica, realizou-se a análise de conteúdo das narrativas das clientes de todas as sessões que compuserem o processo avaliativo. A análise de conteúdo proposta nesta dissertação, seguiu os pressupostos de Bardin (2016), quem afirma que a análise qualitativa do conteúdo permite explicitar, sistematizar e expressar conteúdos inseridos nas narrativas, permitindo ao analisador inferir deduções sobre o objeto estudado. Para tanto, seguiu-se as três etapas propostas pelo autor, isto é, 1. pré-análise, 2. exploração do material e

3. resultados e inferência. Na Tabela 1, apresentou-se os dados gerais sobre a análise de conteúdo realizada nos três casos.

Tabela 1 – Informações da análise de conteúdo de cada caso

Caso	Número de sessões AT	Total de horas analisadas	Quantidade de categorias	Quantidade de índices
Esmeralda	8	13h	4	19
Safira	10	21h	4	21
Rubi	9	14h	4	21

Fonte: elaborado pela autora.

Para a etapa de pré-análise, utilizou-se os áudios das sessões do caso Esmeralda, os quais foram escutados pela pesquisadora que transcreveu o material temático no que tange ao conteúdo referente à VPI-autoestima-mudança. Preferiu-se realizar esse recorte devido aos diversos conteúdos explorados durante a avaliação que não abarcam a temática discutida por esta dissertação. A princípio, transcreveu-se tudo que se relacionava a esse eixo temático. Depois, seguiu-se a etapa de exploração do material, a partir do qual a pesquisadora fez uma leitura flutuante do material transcrito e enumerou pequenas unidades de conteúdo (índices) à medida que foram sendo percebidas. Após esse momento, para o caso Esmeralda foram criados 19 índices e quatro categorias, representados na figura 2 a seguir. E, por fim, codificou-se a frequência que os índices apareceram em cada etapa da AT.

Figura 2 – Índices e categorias do caso Esmeralda

Fatores de Risco VPI	Fatores Emocionais VPI	Fatores de Mudança	Autoestima
<ul style="list-style-type: none"> • Brigas e discussões • Exposição e sobreposição • Aceitação para violência • Demografia • Gênero • Transgeracionalidade • Transtornos Mentais 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Vergonha • Dependência emocional • Raiva • Esperança • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa • Reflexão • Enfrentamento à violência • Momento de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima (-) • Autoestima (+)

Fonte: elaborado pela autora.

Para os casos Safira e Rubi, utilizou-se a mesma base de índices, mas flexibilizando para o surgimento de novos índices particulares a cada caso. Seguiu-se, então, a mesma lógica

de análise de conteúdo das etapas já apresentadas, assim, no caso Safira, considerou-se 20 índices agrupados em quatro categorias e no caso Rubi 19 índices agrupados em quatro categorias. Nas figuras 3 e 4, a seguir, estão representados os índices encontrados para o caso Safira e Rubi respectivamente. Após esse momento, realizou-se a codificação dos índices do caso Safira e Rubi. Os resultados, dos três casos, foram apresentados no capítulo 5 desta dissertação.

Figura 3 – Índices e categorias do caso Safira

Fatores de Risco VPI	Fatores Emocionais VPI	Fatores de Mudança	Autoestima
<ul style="list-style-type: none"> • Brigas e discussões • Exposição e sobreposição (sofrida e perpetrada) • Aceitação para violência • Demografia • Gênero • Saúde Física • Transtornos Mentais 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Vergonha • Dependência emocional • Raiva • Esperança • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa • Reflexão • Enfrentamento à violência • Momento de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima (-) • Autoestima (+)

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 4 – Índices e categorias do caso Rubi

Fatores de Risco VPI	Fatores Emocionais VPI	Fatores de Mudança	Autoestima
<ul style="list-style-type: none"> • Brigas e discussões • Exposição e sobreposição • Aceitação para violência • Demografia • Gênero • Transgeracionalidade • Transtornos Mentais 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Vergonha • Dependência emocional • Raiva • Esperança • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa • Reflexão • Enfrentamento à violência • Momento de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima (-) • Autoestima (+)

Fonte: elaborado pela autora.

Além disso, para integrar os resultados da análise de conteúdo, utilizou-se os resultados dos instrumentos QA e WAI, que serviram para responder o segundo objetivo específico, a saber, averiguar a avaliação e a relação terapêutica pela perspectiva do cliente após o processo de Avaliação Terapêutica. A análise dos resultados desses instrumentos foi realizada de forma qualitativa.

- **Análise do processo de mudança pré e pós-AT**

Para responder os três últimos objetivos específicos sobre verificar se houve mudanças na autoestima, nos seus correlatos, no fator de risco Transtorno Mentais e no fator

dependência emocional da VPI após o processo de AT, aplicou-se os instrumentos (EAR, EAJF, EAI, ECR, PTCI, Escalas Beck, SRQ-20, MIS) antes e após o processo de AT para cada caso. Lembra-se que no caso Esmeralda não foram aplicados os instrumentos ECR, PCI e Escalas Beck. Em seguida, utilizou-se o método proposto por Jacobson e Truax (método JT) para saber a significância clínica dos resultados obtidos pela comparação pré e pós-avaliação, isto é, se a diferença dos resultados pré e pós representa uma mudança confiável (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

Para tanto, realizou-se a análise do índice de mudança confiável (IMC), que é um indicador de mudança confiável, em que seu cálculo é feito por meio da diferença dos resultados pós e pré dividido pelo erro padrão da diferença. Além disso, para o cálculo é necessário as pontuações realizadas pré e pós por cada participante, e algumas informações sobre os instrumentos utilizados, como pontuação mínima e máxima da escala *Likert* ou do instrumento, além do índice de confiabilidade de cada instrumento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

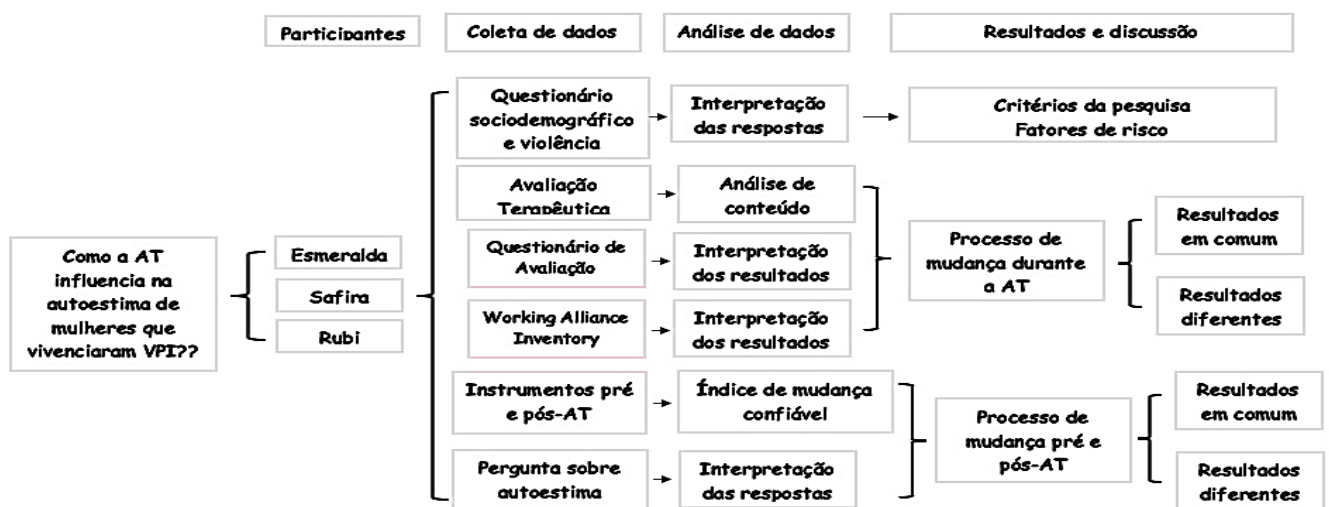
Os resultados podem ser avaliados por grau de confiança (GC), como ausência de mudança (AM), mudança positiva confiável (MPC) e mudança negativa confiável (MNC), os quais são medidos pelo parâmetro intervalar $-1,96 (MNC) < (AM) > 1,96 (MPC)$. A MPC significa que houve um aumento estatisticamente significativo na pontuação no pós-teste em comparação ao pré-teste, enquanto a MNC indica que houve uma redução estatisticamente significativa da pontuação no pós teste. Ressalta-se que para variáveis dependentes em que se espera um Pós menor que um Pré-avaliação o MNC seria o resultado favorável para confirmar a hipótese de pesquisa (JACOBSON; TRUAX, 1991). As tabelas contendo a comparação dos resultados dos instrumentos pré e pós-AT de cada caso e os resultados do IMC estão no capítulo 5 desta dissertação.

Para integrar esses resultados considerou-se também a perspectiva das participantes quanto à autoestima no momento da entrevista de triagem e na sessão de acompanhamento, que responderam perguntas abertas sobre suas autoestimas. Apesar de terem sido feitas outras perguntas quanto à autoestima, preferiu-se utilizar apenas as perguntas “como você percebe sua autoestima hoje após o relacionamento?” e “como você percebe sua autoestima hoje após o processo de AT?” como necessárias para atingir o terceiro objetivo específico desta pesquisa, de forma qualitativa. O quadro de respostas das participantes foi apresentado no capítulo 5 desta dissertação.

- **Triangulação dos dados obtidos com as análises anteriores**

Após realizar as análises do processo de mudança durante a AT e pré e pós-AT em cada caso, realizou-se a triangulação dos resultados obtidos. A triangulação (ZAPPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015) é uma forma de combinar e discutir os resultados advindos de diferentes fontes de coleta qualitativas e quantitativas. Utilizou-se a triangulação de dados convergente, em que os resultados qualitativos e quantitativos são discutidos para confirmar uma mesma questão. Assim, o esquema seguido de triangulação está expresso no Fluxograma 3. No geral, buscou-se compreender a partir dos resultados obtidos as duas análises de mudança do processo propostas, visando o que era similar entre os casos e no que os casos se diferenciavam quanto à autoestima, aos fatores relacionados à VPI e à mudança e ao processo da AT. Esses resultados foram organizados e discutidos de forma que os achados de cada análise convergissem para responder a principal pergunta problema desta dissertação “Como a AT influencia na autoestima de mulheres que vivenciaram VPI?”.

Fluxograma 3 – Esquema da triangulação convergente dos resultados



Fonte: elaborado pela autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar como a AT pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram VPI. Para tanto foi realizada a investigação a partir de duas análises para identificar o processo de mudança por meio da autoestima, a saber, a autoestima e seus fatores relacionados durante a AT e no pré e pós-AT. O método foi o estudo de caso múltiplos que contou com três casos e com diferentes fontes de coleta.

Os três casos seguiram os princípios e etapas da AT sugeridos por Finn (2007, 2017). O caso Esmeralda foi o primeiro caso, sendo considerado o caso piloto. A partir do caso Esmeralda, ponderou-se a necessidade de analisar, na investigação, outras variáveis que ajudariam a contemplar a análise de mudança quanto à autoestima no pré e pós-AT para os casos Safira e Rubi. Esse capítulo foi composto pela apresentação e discussão dos resultados a partir dos tópicos sobre o perfil sociodemográfico das participantes, sobre o processo de mudança durante a AT e sobre o processo de mudança pré e pós-AT.

5.1 Perfil sociodemográfico das participantes

A partir do Questionário Sociodemográfico e Violência (APÊNDICE D) foi possível realizar o perfil sociodemográfico das três participantes e ter uma visão geral do contexto de violência vivenciado por elas e possíveis fatores de risco associados a sofrer VPI, dados que foram reunidos no Quadro 9. Devido aos próprios critérios da pesquisa houve hegemonia entre as participantes quanto ao sexo, à idade, à orientação sexual e à situação do relacionamento. Assim, as participantes foram três mulheres com idade entre 36 e 41 anos, heteroafetiva-sexuais, que estavam divorciadas e que coabitavam em ambiente doméstico diferente do ex-parceiro.

Esses critérios foram pré-estabelecidos tendo em consideração a alta frequência da ocorrência de VPI com mulheres adultas heterossexuais, pois mesmo compreendendo que homens também possam sofrer agressões de suas parceiras, ainda são eles os principais perpetradores de violência no relacionamento heteroafetivo-sexual (BARROS; SCHRAIBER, 2017; COELHO; SILVA; LINDER, 2014; OMS, 2012), além de mulheres adultas poderem ter mais tempo de exposição à VPI (COLOSSI; FALCKE, 2019; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Por isso, visando uma estratégia que não aumentasse a possibilidade de risco para as participantes (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019),

escolheu-se como critério que as participantes estivessem separadas do ex-parceiros, principalmente quanto à coabitação. Porém, ressalta-se que a situação de estar separadas não exclui o fato dessas mulheres não continuarem sofrendo VPI dos ex-cônjuges (D'OLIVEIRA *et al.*, LEITE *et al.*, 2017), mas possibilita melhores estratégias de enfrentamento que possam advir da participação no processo avaliativo (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

Quadro 9 – Comparativo Sociodemográfico dos três casos

CATEGORIA	ESMERALDA	SAFIRA	RUBI
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	36 anos	40 anos	41 anos
Orientação sexual	Heterossexuais	Heterossexuais	Heterossexuais
Situação do relacionamento	Solteira	Divorciada	Divorciada
Filhos	Sim	Sim	Sim
Renda financeira própria	Sim	Não	Sim
Processo jurídico	Guarda compartilhada	Guarda compartilhada	Pensão alimentícia, difamação e bens compartilhados
Escolaridade	Pós-graduação	Pós-graduação	Superior completo
Tratamento psicológico	Não	Não	Não
Tratamento psiquiátrico	Sim	Não	Não
Sofreu VPI	Sim	Sim	Sim
Tipo de violência sofrida no casamento	Patrimonial e psicológica	Patrimonial, psicológica e sexual	Patrimonial, psicológica, sexual, física e moral
Tipo de violência sofrida após a separação	Psicológica	Psicológica	Física, psicológica e moral

Fonte: elaborado pela autora.

As três participantes se apresentaram com grau de escolaridade maior ou igual ao superior completo. Nenhuma das clientes trouxe o fator escolaridade e situação financeira como fator para a ocorrência da VPI. A escolaridade pode ser vista como fator de risco (OMS, 2012) duplo, pois tanto a baixa escolaridade (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2012; LEITE *et al.*, 2017; RAFAEL *et al.*, 2017), como um bom grau de escolaridade acarreta risco de sofrer violência pelo (ex)parceiro a depender do contexto sociocultural em que a mulher esteja inserida. Mesmo assim, ter um bom nível de escolaridade pode auxiliar a mulher a reconhecer as violências sofridas e gerar estratégias de enfrentamento, além de possibilitar exercer um trabalho com melhor remuneração e ter uma renda financeira própria (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

As participantes Esmeralda e Rubi apresentaram possuir renda financeira própria, enquanto Safira se encontrava sem ocupação remunerada. Esmeralda e Safira comentaram que

após o parto houve sugestão dos ex-cônjuges de que abandonassem o emprego e se dedicassem aos cuidados dos filhos. Apenas Safira concordou com essa sugestão, mas depois percebeu que foi uma forma que o ex-marido utilizou para isolá-la em casa.

Ter renda financeira pode ser risco para mulheres quando essa renda sustenta o lar indo de encontro com o padrão de relacionamento quanto aos papéis de gênero, ainda, reproduzidos de que o homem deve suprir as necessidades econômicas da família (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). O que se observou no relato das participantes, não foi um incomodo quanto à remuneração recebida, mas o exercício de uma ocupação em prol dos cuidados dos filhos e do lar, tarefas essas que foram atribuídas pelos ex-maridos como sendo obrigações das participantes.

A VPI mantém um ciclo de atitudes e de crenças que interagem de forma a camuflar a violência (COLOSSI; FALCKE, 2019). A princípio o que pode parecer para as mulheres cuidado, se transforma em atos manipuladores e controladores, como o isolamento da mulher em casa e a redução do seu papel de mulher e de esposa aos cuidados do lar e dos filhos, evitando que exerça papeis profissionais. Geralmente, apenas quando os atos de brigas e de discussões se tornam constantes e intensos que a mulher percebe a situação de violência vivenciada, podendo ser mais difícil o acesso a uma rede de apoio (CARNEIRO *et al.*, 2019).

As três participantes reconheceram sofrer VPI durante e após o casamento. Durante o casamento, as três reconheceram sofrer violências patrimonial e psicológica. Safira e Rubi afirmaram sofrer a violência sexual, e apenas Rubi relatou ter sofrido violência física e moral. E após a separação, as três participantes reconheceram e relataram sofrer violência, principalmente a violência psicológica. A VPI foi definida (DAHLBERG; KRUG, 2007; COELHO; SILVA; LINDER, 2014) como diferentes atitudes agressivas tidas pelo ex-parceiro que gerassem para a mulher algum desconforto, dor, angústia, medo, entre outras situações que percebessem como violência na relação.

As situações de violências vivenciadas pelas participantes foram classificadas de acordo com as tipologias e atos apresentados na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). O que mais foi relatado foram situações de humilhações verbais, de isolamento social e de controle dos comportamentos das participantes pelos ex-maridos, o que caracteriza a violência psicológica. As situações de violência patrimonial foram representadas pela inutilização de objetos pessoais. Já a violência sexual sofrida pelas participantes, se enquadra nos atos de insistência para o ato sexual e exposição virtual de imagens íntimas, enquanto a violência física foi identificada pelos atos de empurrar, de socar e de tentativa de enforcamento, e a violência moral significou atos de difamações (BRASIL, 2006).

A violência psicológica, para essas mulheres, ocorreu durante e após o casamento. Essa é uma das violências mais presente e sofrida na dinâmica de violência da VPI (BARROS; SCHRAIBER, 2017), mas pouco reconhecida e muito negligenciada a não ser quando associada a outros tipos de violência como a física e a sexual, que também podem demorar para serem percebidas devido à naturalização que essas três violências sofrem decorrentes dos papéis e das crenças de gênero ligadas aos relacionamentos afetivo-sexuais (RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016).

No geral, esse foi o perfil sociodemográfico e os tipos de violências sofridas apresentados por essas três mulheres quanto à VPI. No próximo tópico, foi discutido o processo de AT das três participantes a partir das categorias da análise de conteúdo. A análise de conteúdo permitiu aprofundar o contexto de VPI pelos fatores de risco e emocionais, e reconhecer fatores de mudança tido pelas três mulheres durante o processo avaliativo. Ademais, possibilitou reconhecer a dinâmica do fator autoestima e correlatos das participantes e como esse fator se relacionava com as etapas da AT e as demais categorias da análise de conteúdo.

5.2 Processo de mudança durante a AT

Nos subtópicos a seguir, foram apresentados e discutidos os resultados referentes a análise do processo de mudança durante a avaliação. Primeiramente, apresentou-se uma síntese dos três casos de AT, e em seguida, os resultados e discussão da análise de conteúdo realizada nos três processos avaliativos.

5.2.1 Avaliação Terapêutica de cada caso

Nesse subtópico, foi apresentado um contexto geral do processo avaliativo das três participantes para ajudar ao leitor a compreender o contexto de VPI vivenciado por essas mulheres e para a posteriori apresentação e discussão dos resultados da análise de conteúdo. Ressalta-se que o foco do resumo das etapas da AT envolveu, principalmente, o que se relacionava com a temática de VPI, considerando que o processo abrangeu outras temáticas trazidas pelas clientes, mas que não cabem ao objetivo desta dissertação.

- *Caso Esmeralda*

Sessões iniciais: Esmeralda elaborou as perguntas “Já que minhas atitudes dependem emocionalmente do [ex-marido], o que fazer para me desvencilhar dele?”, “Como gerar estratégias para que eu venha a me proteger de futuros relacionamentos como os que tenho com o [ex-marido], no sentido de não encontrar alguém pior ou igual a ele?” e “Quero dentro das minhas limitações melhorar como mãe para ele [filho], como fazer isso?”. Separada dois anos do seu parceiro, Esmeralda se sentia presa emocionalmente a ele, comparando-se a situação de um dependente químico, pois pensava na dependência emocional como um vício. Relatou que, em alguns momentos, ficava com o ex-parceiro, o que lhe causava vergonha, angústia e medo. Esmeralda expressou situações de trauma, de ansiedade e de depressão, além de insônia e de compulsão alimentar vivenciadas durante o casamento e relacionadas a vivência da VPI. Trouxe a experiência de ter presenciado a mãe sofrer VPI e o medo de vivenciar novamente outro relacionamento com VPI. A situação relacional incerta com seu ex-marido ocasionava, em Esmeralda, um sentimento de culpa em relação ao filho, pois sentia que não poderia ser uma boa referência quanto a ter relacionamentos saudáveis.

Testes padronizados: a partir dos testes psicológicos, Esmeralda se expressou como uma pessoa comunicativa, empática e criativa, mas que apresentava dificuldade em ser assertiva na comunicação e na tomada de decisões imediatas, sem antes atuar com ponderação. Além disso, possuía boa capacidade para enfrentamento e para ter relacionamentos saudáveis, mas apresentou baixa autoestima e insegurança, bem como medo de estar sozinha e dependência de pessoas próximas. Esmeralda tinha dificuldade de compreender as próprias necessidades e de reconhecer a sua identidade. Esforçava-se para entender as necessidades dos outros e tinha dificuldade para ser assertiva em situações estressoras por temer desagradar o outro.

Inquérito estendido: Esmeralda expressou e refletiu mais sobre as violências presenciadas na família nuclear, bem como as vivenciadas por ela na relação com o ex-marido. Abordou que não quer ser uma pessoa sozinha e que tinha medo de estar só. Além disso, refletiu sobre o quanto perdeu de si durante a relação, sobre o medo que tinha de vivenciar outra VPI, sobre a aceitação, relativização, naturalização e a culpa da violência sofrida, e sobre o desejo de se libertar da relação com o ex-marido. Também se sentia egoísta por estar pensando mais em si mesma desde que iniciou o processo.

Intervenção: Esmeralda construiu uma Linha do Tempo dos Relacionamentos, na qual ela descreveu seis relações importantes que teve durante sua vida. Nessa atividade, Esmeralda compartilhou sobre sua relação com a mãe, filho, amiga, ex-namorado, ex-noivo e ex-marido.

Refletiu sobre relacionamentos saudáveis que vivenciou e como ela era e se sentia nesses relacionamentos. Abordou sobre olhar pouco para si e mais para outras pessoas.

Resumo e discussão: os dados gerados na avaliação foram retomados num diálogo com Esmeralda a partir das suas perguntas. Esmeralda comentou que percebeu mudanças nas suas perguntas quanto aos sentidos dados por ela e que ia percebendo durante a avaliação. Abordou que o momento que se sentiu mais vulnerável foi na relação com o ex-marido e refletiu sobre como foi se anulando diante das violências que sofria, até como estratégia para não sofrer outras violências. Percebeu que sua dependência emocional diminuiu em comparação ao início da avaliação e que tem se sentido mais forte, conseguindo negar as investidas e manipulações do ex-marido, além de utilizar sua rede de apoio como estratégia de enfrentamento. Disse que tem voltado mais seu olhar para si, acreditando ser uma prática diária, pois, às vezes, tendia a focar mais nas necessidades do outro. Considerou a participação na avaliação como o apoio necessário para que conseguisse realizar as mudanças que almejava, afirmando se sentir transformada, “dona de si” e fortalecida, se redescobrando durante o processo avaliativo.

Carta: Esmeralda comentou que leu a carta algumas vezes, ficando emocionada com o que estava escrito, pois percebeu o processo de sua descoberta durante a avaliação. Disse que gostou do que (re)descobriu sobre si.

Acompanhamento: Esmeralda relatou estar apreciando mais a sua companhia, que já não lhe incomoda ficar ou estar sozinha. Apresentou-se mais focada nos seus projetos profissionais e pessoais, e afirmou estar gostando do hábito aprendido de olhar mais para si. E que se o processo avaliativo começasse naquela sessão, provavelmente, algumas perguntas não existiriam mais e outras seriam alteradas, pois percebia-se menos dependente emocionalmente do ex-marido e que suas estratégias de enfrentamento estavam mais efetivas. Sentia-se mais segura para iniciar novas relações, e se encontrava orgulhosa de si ao se perceber como uma referência para o filho. Esmeralda expressou querer continuar o processo iniciado na avaliação em uma psicoterapia de longa duração.

- *Caso Safira*

Sessões iniciais: as perguntas elaboradas foram “Como posso agir de forma diferente em situações difíceis para que me sinta menos fraca?”, “Por que eu não consigo ser firme no meu relacionamento com ele [ex-marido]?” e “Por que eu ainda estou me sentindo fragilizada quanto a manter uma interação com ele [ex-marido]?”. As perguntas de Safira refletiram a difícil relação e comunicação durante o casamento e após três anos separada do ex-marido e com quem compartilhava a guarda de sua filha. Safira apresentava, principalmente, a necessidade de falar

pela primeira vez sobre a VPI sofrida e de entender qual era sua situação físico-emocional no momento da avaliação, pois sentia constantemente baixa energia, estresse, angústia, medo e raiva. Acreditava estar vivenciando uma situação de trauma pela violência psicológica sofrida na relação com o ex-marido, mesmo após a separação, além de um estado depressivo. Trazia profundo medo e vergonha das suas reações agressivas que teve diante da violência sofrida. Disse que o contato com o seu ex-marido alterava seu humor, pois se sentia estressada e ansiosa. A fragilidade que Safira sentia possuía diferentes significados tanto físicos como emocionais, que se misturavam em suas falas.

Testes padronizados: Safira se apresentou como uma pessoa que buscava ficar sozinha, tinha dificuldade para ser assertiva e tomar decisões, tendendo a refletir bastante antes de expor seus pensamentos e sentimentos. Parecia não valorizar suas potencialidades e capacidades, apresentando desejo de ser diferente. Safira tendia a evitar situações perturbadoras, percebia sua rotina como monótona e sentia-se vulnerável quanto a sua imagem corporal e a sua psique. Tinha dificuldades na capacidade de enfrentamento, bem como tendia a justificar seus pensamentos e emoções como ato de defesa, além de expressar sua raiva de forma física.

Inquérito estendido: Safira trouxe não poder abordar o que pensava com o ex-marido, pois temia a reação dele. Sentia-se frustrada com as diversas situações de brigas durante o casamento, inclusive após o divórcio, em que as situações de discussões continuavam iguais a quando estavam casados, no que a cliente necessitou bloquear diferentes canais de comunicação, mantendo apenas o necessário para que o ex-marido conseguisse ter contato com a filha. Abordou que tem aprendido a se acalmar antes e após a interação com o ex-parceiro, pois sentia medo da forma que reagia durante o casamento, não desejando experienciar algo assim novamente. Sentia raiva, tristeza e aborrecimento durante a conversa com o ex-marido. Ademais, percebeu sua rotina rígida na época que morava com os pais e durante o casamento, sendo momentos que não via alternativas de mudança em sua vida.

Intervenção: Safira elaborou uma Linha do Tempo dos Sentimentos, os quais foram relacionados a diferentes etapas da sua vida, a saber, infância, adolescência, faculdade, pós-faculdade, casamento e atualmente. Também relacionou as suas três perguntas avaliativas a essas diferentes etapas. Observou que os sentimentos mais presentes na sua vida foram o estresse e a frustração, e apesar de o medo aparecer em todas as etapas, não foi destacado pela cliente. Então, a cliente abordou o seu estresse e percebeu que diante desse comportamento se tornava indisponível a comunicação com o outro. Também disse que muito do seu estresse se remetia a sensação de estar sendo julgada, por isso sentia a necessidade de se justificar por todas as suas ações, algo que foi amplificado durante o casamento. E que no ápice do seu estresse,

sentia uma raiva extrema, ao ponto de externá-la fisicamente, que esse comportamento só ocorreu durante o casamento, pois não aguentava mais ser humilhada pelo ex-parceiro. Expressou o quanto esse comportamento a envergonhava, justificando o medo do seu estresse e o sentimento de ter sido fraca durante o casamento ao se deixar afetar nesse extremo. Era devido a essa forma de reagir à violência que a cliente acreditava ter sua parcela de responsabilidade pelo fim do seu casamento, mesmo que se sentisse presa, ameaçada, julgada e violentada pelo ex-marido. Percebeu que tem dificuldade de liberar o estresse e de lidar com situações muito perturbadoras. Além disso, foi a primeira vez que Safira reconheceu que tem dificuldade de aceitar opiniões diferentes das suas, o que dificultava o diálogo, principalmente quando se sentia criticada.

Resumo e discussão: os resultados gerados na avaliação foram retomados num diálogo com Safira a partir das suas perguntas. Safira percebeu-se mais leve e com os pensamentos mais organizados, pois devido ao trauma e ao estresse iniciou a avaliação com forte necessidade de fala e com o processamento de pensamento mais desorganizado. Ressaltou mudanças na sua forma de interagir com o ex-marido e a necessidade de investigar sua condição de desregulação hormonal que podia estar influenciando nos episódios de depressão e de ansiedade. Essa situação de desregulação hormonal não pôde ser tratada durante o casamento devido ao ex-marido não querer que ela continuasse as consultas com o ginecologista. Safira expôs que ainda esperava um pedido de desculpa do ex-marido, como forma de reconhecer todas as violências que ele fez contra ela. Foi a primeira vez que Safira conseguiu explicar com clareza o que significava o “ser fraca” de sua pergunta, o que relacionou com “o estar vulnerável diante do outro” e essa vulnerabilidade facilitar ao ex-marido acessar o limite dela e liberar uma Safira que reagia a essa violência de uma forma agressiva. Também se conversou com Safira sobre estratégias que poderiam funcionar como mudanças pequenas em sua rotina. Quanto ao processo, Safira afirmou que gostou bastante, pois nunca tinha parado para avaliar a situação que vivenciou e que achou o processo bem leve, mesmo que tivesse que lembrar das situações traumáticas, se sentiu bem por poder falar sobre elas.

Carta: a cliente gostou de receber a carta, e disse que a leu duas vezes, além de não ter sido uma surpresa o que estava escrito, pois continha o conteúdo que foram abordados na avaliação.

Acompanhamento: Safira relatou que se sentia mais leve quanto ao estresse e ao trauma, conseguindo pensar com mais clareza sobre suas experiências. Disse que conseguiu manter uma conversa firme com o ex-marido, abordando pontos que quis compartilhar com ele sobre a filha e a situação da guarda compartilhada. Quanto às perguntas percebeu mudanças na compreensão do se sentir fragilizada e que, provavelmente, não faria mais a pergunta “Por que eu não consigo

ser firme no meu relacionamento com ele?” caso a avaliação iniciasse naquele momento. Pretendia iniciar um processo de psicoterapia, pois sentia a necessidade de falar mais sobre o que passou no casamento e, assim, poder se relacionar com outras pessoas novamente.

- *Caso Rubi*

Sessões iniciais: Rubi elaborou as perguntas “Como isso tudo me afetou?”, “Hoje eu dou importância para os meus sentimentos?”, “Por que essa tristeza que eu sinto quando vejo ou lembro do meu filho de quando ele era pequeno?” e “Como lidar com o meu filho em relação a tudo isso?”. Rubi expressou ser a primeira vez que se permitia pensar nas consequências sofridas pela vivência de VPI no seu casamento, mesmo que estivesse dez anos separada do seu ex-marido, com quem mantinha contato apenas por meio jurídico devido aos três processos que movia contra ele. Lidar com esses processos e a possibilidade de encontro com o ex-marido provocavam em Rubi um estresse mental e físico, como ansiedade, medo, tristeza e raiva. Abordava que para conseguir enfrentar as violências intrafamiliar sofridas na infância e nos relacionamentos afetivo-sexuais teve que desenvolver uma estratégia de defesa em que ela afirmava não sentir emoções e sentimentos, e em consequência, não sabia o quanto cometia descasos e se desvalorizava a si mesma. Disse que o ex-marido foi a pessoa a quem se mostrou mais vulnerável. Acreditava que compreender essas questões a ajudaria a lidar com o diagnóstico de depressão do filho, pois não sabia como conversar como ele sobre as violências físicas que ela sofreu e o filho presenciou enquanto criança. E somada a essa situação afirmava sentir-se triste ao lembrar sobre o filho alegre na infância, o que elaborou que se relacionava com o sentimento de culpa por ter o separado do pai. Porém, compreendeu que não era sua culpa e reconheceu, pela primeira vez, o quanto sentia raiva do ex-marido.

Testes padronizados: Rubi se expressou como uma pessoa proativa e que tomava decisões de forma ágil, baseada em seus planos, sem a necessidade de um estímulo/auxílio externo. Ademais, se mostrou uma pessoa aberta para situações e concepções novas, que possuía curiosidade intelectual, flexibilidade e interesse em atividades criativas. Percebia sua vida como monótona e sem emoção, não sentindo necessidade de se expor, nem de interagir socialmente. Rubi se apresentou como uma pessoa autocentrada, focada, cautelosa e vigilante, podendo ter dificuldade em reconhecer suas potencialidades e capacidades e em identificar e descrever suas emoções, além de haver uma tendência para se envolver em situações de risco mesmo que evitasse situações perturbadoras. Tendia a confiar de forma ingênua em outras pessoas e a formar relações saudáveis de forma amadurecida e de respeito a independência do outro.

Inquérito estendido: Rubi abordou questões como o controle da suas emoções e sentimentos, em que não se permitia dar margem para senti-las e como tinha dificuldade para descrevê-las, considerando uma capacidade de proteção eficiente, mesmo que não-saudável. Trouxe a perspectiva de se calar diante de algumas violências do ex-marido como estratégia de defesa para evitar e se esquivar das alterações do humor dele, evitando outras violências. Disse que não desejava vivenciar um casamento ou ter um nível de intimidade mais profundo novamente. Percebeu sua rotina vazia naquele momento. Rubi compartilhou que conseguiu conversar com o filho sobre a VPI perpetrada pelo ex-marido, após ela ficar bastante emocionada ao lidar com situações dos processos jurídicos. Nesse sentido, comentou que, ainda, sentia-se ameaçada pelo ex-marido, pois sofreu difamações, ameaças de morte e exposição de fotos íntimas nas redes sociais após a separação. Além disso, Rubi percebeu que é mais ativa quanto ao que quer após o casamento, mas que não conseguia exigir e impor limites por receio de magoar o outro.

Intervenção: utilizou-se uma técnica lúdica com figuras, a partir das quais a cliente se projetou em três momentos, a saber, antes do casamento, durante o casamento e atualmente. Rubi abordou que antes do casamento era uma pessoa mais leve, mesmo tendo sofrido violência intrafamiliar, ela conseguia se conectar com ela e realizar atividades holísticas e culturais. Durante o casamento se representou como uma pessoa que sentia medo, desespero, raiva, impotência, vulnerabilidade e ameaçada. Uma Rubi que precisava estar constantemente protegendo a si e ao filho. E, atualmente, há uma Rubi que se sentia cansada e sem propósito de vida, frustrada e ressentida por ter perdido os anos de juventude em um casamento que tinha tudo para ser bom, mas que o ex-marido não se permitiu a isso. Ademais, trouxe que enfrentava as consequências externas e internas a si desse casamento já há dez anos, o que se tornou pesado e cansativo. Disse que não conseguiu se reconectar com a Rubi anterior ao casamento, pois vivenciava um estado de estresse, de alerta e de muitas responsabilidades. Também se percebeu após o casamento mais desconfiada, além de decepcionada com as pessoas, principalmente, por não ter recebido apoio quando enfrentou a situação de VPI com o ex-marido.

Resumo e discussão: os dados gerados na avaliação foram retomados num diálogo com Rubi a partir das suas perguntas. Rubi disse reconhecer e valorizar suas conquistas, principalmente, quando pensava no processo de separação e as dificuldades que enfrentou desde então, como criar um filho sozinha e lidar com a ameaça constante do ex-marido e os processos judiciais, por isso, percebia-se uma pessoa forte e corajosa. Acreditava que se tornou mais aut centrada após o casamento, pois passou a pensar mais em si e em suas necessidades. Porém, se percebia sendo uma pessoa que vivia no meio-termo do espiritual e da sobrevivência. Rubi reconheceu que tinha dificuldade de impor limites por temer o conflito, e não apenas por temer magoar o

outro como declarava inicialmente. Para a cliente o processo de intimidade era difícil, pois significa se tornar vulnerável ao outro novamente, e não se permitia mais ficar em nenhuma situação de abuso ou de exploração. Considerava sua capacidade de frear seus sentimentos como uma boa estratégia, pois não saberia lidar com eles. Porém, reconhecia que em alguns momentos era importante deixar o que sentia fluir, pois podia ter consequências positivas. Nesse sentido, afirmou que tinha necessidade de encontrar uma paixão novamente, algo que a movimentasse, pois se percebia sem motivação. Quanto ao processo avaliativo, agradeceu a oportunidade de participar, sentiu que foi leve e que ajudou muito nas suas reflexões as sessões terem objetivos e utilizar os testes para discussão. Sentiu que teve mudanças efetivas na sua rotina e que vai se dedicar mais ao que foi descoberto.

Carta: Rubi disse que leu a carta duas vezes e que gostou de recebê-la, pois no documento continha tudo o que foi discutido durante a avaliação, o que a ajudava a relembrar sobre o assunto em outros momentos.

Acompanhamento: Rubi relatou que houve mudanças substanciais no último mês, citando a decisão do filho de ir para um intercâmbio. Nesse sentido, decidiu aceitar a permanência do namorado em sua casa como um estado probatório de casamento. Rubi começou a limitar e delegar as tarefas que sua família lhe destinava, direcionando mais tempo para pensar em si. Diante desse processo de voltar-se mais para suas necessidades, iniciou planos futuros que contemplavam seus gostos pessoais. Percebeu-se compartilhado mais o pensa com pessoas próximas a si. Quanto às perguntas avaliativas, acreditava que todas foram respondidas e que não seriam refeitas se o processo iniciasse naquela sessão. Disse que estava colocando em prática na sua rotina o que foi refletido durante a avaliação. Apresentou interesse em continuar o processo de reflexão em uma psicoterapia.

5.2.2 Análise de conteúdo das etapas da AT por caso

Neste subtópico, foi apresentado e discutido os resultados da análise de conteúdo realizada nos três casos de AT. Essa análise contemplou o primeiro objetivo específico desta dissertação, a saber, analisar como os fatores de risco e emocional da VPI, fatores de mudança e a autoestima podem emergir nas diferentes etapas da Avaliação Terapêutica.

Na Tabela 2, organizou-se o comparativo da frequência dos índices de conteúdo por etapa da AT para cada caso. Na coluna categoria, tem-se as quatro temáticas fatores de risco VPI, Fatores emocionais VPI, fatores de mudança e autoestima. Cada categoria tem índices relacionados a elas, que foram apresentados na coluna índices. Dessa forma, contabilizou-se a

frequência que esses índices apareceram em cada etapa da AT de cada caso. As etapas da AT são representadas pela numeração ordinal seguindo a sequência de sessões iniciais (1ª), testes padronizados (2ª), intervenção (3ª), resumo e discussão (4ª) e acompanhamento (5ª). A linha “total por etapa” representa a frequência total dos índices da categoria durante cada etapa da avaliação. As frequências para cada caso foram representadas pelos símbolos Fe, Fs e Fr, significando a frequência no caso esmeralda, safira e rubi respectivamente. A apresentação e discussão dos resultados foram organizadas a partir das quatro categorias da tabela (fatores de risco VPI, fatores emocionais VPI, fatores de mudança e autoestima).

Tabela 2 – Comparativo das frequências dos índices da análise do conteúdo de acordo com as etapas da AT por caso

CATEGORIA	ÍNDICES	FREQUÊNCIA DOS ÍNDICES POR ETAPA DA AT														
		ESMERALDA (Fe)					SAFIRA (Fs)					RUBI (Fr)				
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Fatores de Risco VPI	Brigas e discussões	19	6				33	14	26	1		6		2	1	
	Exposição e Sobreposição (sofrida)	27	46	4	4	1	111	29	44	15	2	60	23	2	1	
	Exposição e Sobreposição (perpetrada)						12		2							
	Aceitação à violência	20	26	1	7		45	12	7	3	1	27	13	2	1	
	Demografia	6	2		1		48	17	26	1	4	19	12	7		
	Gênero	9		1		1	11	5	3			18	16	10		
	Transgeracionalidade	25	1	4								12	15	2		
	Saúde Física						1	1	4	3						
Transtornos Mentais	29	6		1		152	64	56	24	6	54	51	47	20	4	
Total por etapa		135	87	10	13	2	413	142	168	47	13	196	130	72	23	4
Fatores Emocionais VPI	Medo	21	8	1	2	2	34	12	5	3		29	24	13	2	1
	Vergonha	7	6				14	2	3	2	1	1	11			
	Dependência emocional	25	23	4	10	7	1	1	3	1			1			
	Raiva	6	5			2	25	11	13	4		19	6	4		
	Esperança	12	2	1	1		10	3	1	3		1	1		2	
	Culpa	5	8	1	4		23	6	21	4	1	29	5	12	1	
Total por etapa		76	52	7	17	11	107	35	46	17	2	79	48	29	5	1
Fatores de Mudança	Participação ativa	15	4	6	9	6	8	6	7	1	2	23	11	7	10	9
	Reflexão	190	181	38	99	86	416	142	220	77	46	260	200	101	62	42
	Enfrentamento	25	28	8	18	8	110	54	40	17	14	43	61	29	12	2
	Momento de Mudança	26	59	9	44	54	30	26	22	17	29	20	17	9	13	32
Total por etapa		256	272	61	170	154	564	228	289	112	91	346	289	146	97	85
Autoestima	Autoestima - Autoimagem - Autoconceito -	23	26	3	7	10	71	12	19	11	2	21	34	18	2	9
	Autoestima + Autoimagem + Autoconceito +	0	25	3	20	33	7	6	6	5	3	3	2	10	7	8

Fonte: elaborado pela autora.

5.2.2.1 Categoria Fatores de risco VPI

A categoria fatores de risco VPI apresenta os índices que foram considerados pela OMS (2012) como fatores de risco para sofrer VPI (ver Quadro 5, p.49). Todos os índices presentes nessa categoria tem maiores frequências de conteúdo nas etapas de sessões iniciais

[Fe=135; Fs=413; Fr=196] e de testes padronizados [Fe=87; Fs=142; Fr=130] nos três casos quando comparados as outras etapas, em que se observa a diminuição da frequência do conteúdo referente a essa categoria.

Pensando nas etapas da AT e a relação com a categoria, nota-se que a etapa sessões iniciais objetiva formular as perguntas avaliativas e conhecer o contexto dessas perguntas. A partir das perguntas é possível construir o processo avaliativo, conhecer as demandas e reconhecer possíveis recursos das clientes (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013). Então, nesse primeiro momento, é natural para o processo avaliativo que ocorram mais menções sobre o conteúdo relacionado à VPI, já que era o principal contexto investigado.

As perguntas avaliativas permitiram a compreensão inicial de que as três participantes, cada uma a sua forma, ainda vivenciavam resquícios por ter sofrido VPI. Nas suas perguntas avaliativas, as três participantes expõem o quanto que sofrer violência deixou marcas na forma de ser e de se relacionar. Esmeralda se questionava quanto a sua dificuldade de se desligar emocionalmente do ex-marido e desejava gerar estratégias que a protegessem de outros relacionamentos com violência. Ademais, ela se cobrava enquanto imagem materna por se sentir culpada por ter vivenciado um relacionamento violento.

Safira queria diminuir a sensação de ter sido fraca durante o relacionamento a partir de estratégias em que conseguisse não se anular diante do ex-marido, além de buscar compreender seu sentimento de fragilidade. E para Rubi, a dificuldade de abordar a VPI ainda estava presente ao não conseguir nomear essa violência em suas perguntas e discutir com o filho sobre a violência que vivenciaram com o ex-marido durante o casamento, além de querer entender como sofrer violência afetou a sua forma de ser, de sentir e de agir.

Acabar o relacionamento não apaga o que foi vivenciado. O trauma, o medo, a dependência emocional e a culpa podem ser fatores emocionais presentes, que afetam a autoestima e que dificultam o movimento de enfrentar a violência (MONTEIRO; SOUZA, 2007). Dessa forma, aumenta a necessidade de se proteger seja do ex-parceiro, seja de futuros parceiros. Por isso, é importante nesse primeiro momento ter o foco avaliativo nos princípios de respeito, de humildade, de abertura e de empatia (FINN, 2017; SCADUTO; CARDOSO; HECK, 2019), principalmente, no contexto de VPI, em que o cuidado e o acolhimento devem ser prioridade para o momento inicial da avaliação (GOMES *et al.*, 2014; ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

Já a sessão de testes padronizados utiliza os testes como ferramentas de ampliação do conhecimento sobre e para as clientes, isto é, quando se escolhe testes psicológicos mais relacionados as demandas das clientes permite aprofundar as discussões já iniciadas na etapa

anterior e estimula e possibilita as clientes novas reflexões (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013). Talvez por isso, como na etapa anterior, o conteúdo referente à VPI esteve tão presente nessa segunda etapa. As participantes ao entrarem em contato com os testes psicológicos foram estimuladas a abordar mais conteúdos sobre o que vivenciaram em seus relacionamentos afetivo-sexuais. Ademais, essa é a etapa em que ocorre o inquérito estendido. Os testes e o inquérito têm se mostrado importantes para gerar segurança e confiança nas clientes, principalmente, em pessoas que passaram por situações traumáticas, pois é uma etapa em que o ambiente é mais controlado permitindo a terapeuta acessar de forma mais segura as possíveis experiências evocadas pelas clientes (VILLEMOR-AMRAL; FINN, 2020).

De forma geral, a partir dos testes psicológicos, as clientes apresentaram questões relacionadas à dependência emocional, dificuldade assertiva a depender do contexto, situações relacionadas à baixa autoestima e/ou a capacidade e forma de enfrentamento. Dessa forma, os testes psicológicos aplicados nessa etapa da AT, possibilitaram aprofundar o conhecimento sobre a forma de se perceber, de se comportar e de se relacionar das participantes (FINN, 2017), além de ampliar o entendimento de possíveis características da personalidade ou modos de se autoperceber das participantes que pudessem ainda estar relacionados à situação de VPI ou mesmo a fragilização da autoestima, que é influenciada por situações de dependência, de assertividade e da forma de enfrentamento (CARDOSO; COSTA, 2019)

Quanto aos índices, como dito essa categoria contém os fatores de risco quanto ao contexto de VPI (OMS, 2012). O primeiro índice, brigas e discussões, foi mantido na categoria fatores de risco VPI por ser situações frequentemente relatadas pelas clientes para explicar outras formas de violência que seguiam após as brigas e discussões. Esse índice foi o único dessa categoria que não apresentou nenhum conteúdo na etapa de acompanhamento nos três casos.

As brigas e discussões são consideradas o primeiro momento do ciclo da VPI, em que a depender do desenrolar desse contexto pode reverberar em outros tipos de violências, como a psicológica e a física (CARNEIRO *et al.*, 2019). E a ausência desse conteúdo na sessão de acompanhamento, talvez, ocorra pela etapa abordar mais as situações referentes ao período de intervalo que possam ter ocorrido ou a condição de possíveis mudanças percebidas pelas clientes. É uma etapa de encerramento, o foco é estimular a cliente a continuar os processos de mudança ocorridos durante a avaliação (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013).

O índice exposição e sobreposição (sofrida) foi o índice que apresentou mais conteúdo nos três casos, cujo a temática envolvia os cinco tipos de violência, a saber, psicológica, física, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). Como já exposto pelas cliente na etapa de triagem, também durante a AT, a violência mais percebida e relatada nos três casos

foi a violência psicológica. Apenas no caso Rubi houve o reconhecimento dos cinco tipos de violência. E somente no caso Safira esse índice se apresentou alto na etapa de intervenção quando comparado aos outros casos para a mesma etapa. O caso Safira foi o único a apresentar esse índice para perpetração de violência pela participante contra o ex-marido. Seguem exemplos de conteúdo para esse índice.

E: e aí, ele dizia que eu não sabia ser mulher. Eu tinha tanta raiva. [...] Então ele fazia muito assim de chantagem emocional, e ficava distante, alheio. (Esmeralda, etapa de sessões iniciais).

S: e eu não fazia nada (em relação as provocações do ex-marido) porque eu me sentia fraca. (Não) fazia nada. [...] surgiu essa coisa de denunciar [...] pelo relacionamento abusivo, pela violência psicológica, toda aquela coisa que eu vivia dentro de casa. (Safira, etapa de sessões iniciais).

R: era primeiro essa...esses ciúmes doentio com uma vigilância...[...] tudo rastreado, era o celular, o carro. Tudo vigiado. Tudo era motivo pra ele brigar. Uma coisa completamente enlouquecedora porque ele queria brigar. Então, não interessava o que você falasse, o que você fizesse, ele ia dar um jeito de transformar aquilo num tipo de briga. É...e uma coisa muito enlouquecedora mesmo, de ficar brigando sem parar e falando na cabeça a noite inteira, o dia inteiro sem parar. [...] E sempre tentando muito é...humilhar, colocar a autoestima pra baixo. Sempre te criticando, te denegrindo, humilhando. Aí, até que foi passando pra violência física mesmo, que foi também começando aos poucos. Aí aquele ciclo básico, né, de...de depois que agride, aí ele vem rastejando, chorando, pedindo desculpa, jurando que ia mudar, fazendo promessas. Aí passa um tempinho todo dedicado, né, maravilhoso. Aí, daí a pouco tempo ele age pior, né. Aí nisso foram seis anos, até chegar no ponto de...da violência ficar grave mesmo que eu achei que [...] acho que as últimas ele não me matou por pouco mesmo. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

A partir do relato das participantes, percebe-se o ciclo progressivo da dinâmica de violência da VPI, e como a violência psicológica vai se configurando nessa dinâmica. A violência psicológica vai assumindo diferentes formas de existir no relacionamento, sendo camuflada pelos sentimentos e pela espera na mudança de atitude do parceiro (CARNEIRO *et al.*, 2019). Por isso, tem-se que a violência psicológica é tida como a principal para iniciar e para ocorrer sobreposta as outras formas de violência (FLAKE *et al.*, 2013). Os diferentes tipos de violência podem ocorrer de forma concomitante e/ou sequencial, não há uma regra sobre a ordem de ocorrência das violências, mas há a possibilidade de que uma violência seja risco para a ocorrência de outra violência (CARNEIRO *et al.*, 2019; FLAKE *et al.*, 2013).

Os resultados desta análise caminham para concordar com o apontado por outros estudos de prevalência e de sobreposição da VPI quanto à violência psicológica, tanto no âmbito de sofrer, quanto no de ser risco para outras violências (BARROS; SCHRAIBER, 2017; FLAKE *et al.*, 2013; RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016). A rotina desencadeada pela

pressão da violência psicológica, gera na mulher a necessidade de enfrentamento, o que pode resultar em mais e em outras formas de violência pelo casal (FAUR, 2012; MONTEIRO; SOUZA, 2007).

A etapa de intervenção da Safira, foi composta por duas sessões, o que pode influenciar na quantidade de conteúdos registrados. Ademais abordou a situação de estresse sentida pela participante em diferentes momentos da sua vida, principalmente, durante o casamento. Dessa forma, o estresse apareceu bastante vinculado a violência psicológica que sofria na relação e a forma como chegava ao seu limite, se colocando constantemente em uma posição defensiva, como exemplificado abaixo.

S: (a necessidade de se defender é) quando você tá sendo acusada de uma coisa, uma injúria. Você tá com a razão...eu tô com a razão eu tenho que me defender. [...] mas isso, o estresse mais elevado ficava em mim. Porque eu não aguentava mais, como falar baixo, não tem [como], não tem. (Safira, sessão de intervenção).

A etapa de intervenção objetiva, principalmente, estimular na cliente comportamentos ou pensamentos que possam significar uma dificuldade vivenciada e que se relaciona com as perguntas do processo avaliativo. Dessa forma, é uma etapa em que psicóloga e cliente trabalham juntas para compreender da melhor forma a situação que possa ser mais difícil para a cliente lidar sozinha. É uma etapa com forte teor emocional e necessita de um bom vínculo terapêutico para se estruturar, além de a proposta interventiva ter que respeitar os limites da cliente (FINN, 2015; FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013). Por isso, a importância de uma boa conceitualização do caso, pois o terapeuta pode dimensionar até que ponto a cliente entende seus dilemas e como a intervenção poderá ajudá-la a dar um passo a mais no seu processo avaliativo (FINN, 2015).

O índice aceitação à violência esteve presente nos três casos e se relacionou à justificativa e à relativização da violência sofrida baseadas em crenças culturais e papéis de gênero. As participantes também trouxeram a perspectiva desse índice como forma de enfrentamento, pois ao “aceitar” a violência evitavam a continuidade da violência ou a ocorrência de outras, por exemplo,

E: eu me lembrei de, várias vezes, que...para não continuar a briga, eu tive que me calar, que, muitas vezes, o que importava era o que ele pensava...que isso é muito ruim, a gente não poder ser a gente mesma, não poder expor o que pensa, chegar a um consenso. Então, pra evitar a briga maior, eu me podava, é isso. (Esmeralda, etapa de testes padronizados).

S: [...] aí isso ficava lá dentro sabe, e ele me ofendendo, eu calada (Safira, etapa de intervenção).

R: (no casamento) eu acho que eu tinha uma boa percepção desse momentos que eu sabia que eu não podia bater de frente, né. Porque senão ia ser pior, que eu tinha que ficar calada, ficar na minha. O momento que...a gente fazia, fazia as estratégias ali pra...de sobrevivência, né. (Rubi, etapa de testes padronizados).

A aceitação da violência engloba diferentes atitudes que possam ser risco e manter o ciclo de violência (OMS, 2012), como relativizar, justificar e normatizar as atitudes agressivas do (ex)parceiro devido as crenças e aos papéis de gênero normalizados socioculturalmente. A questão de “aceitar” a violência deve ser vista com cuidado e nunca isolada do contexto sociocultural que a pessoa está inserida, pois devido as normas socioculturais que padronizam relacionamentos afetivo-sexual, muitas vezes, a percepção da violência se torna distorcida e dificultada. Por exemplo, a violência psicológica é um tipo de violência que camufla a própria violência e, por isso, a dificuldade de identificá-la (RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016) diante de atitudes ditas como ciúme, cuidado ou proteção.

Muitas mulheres, dessa forma, discordam de “aceitar” à violência (D’OLIVEIRA *et al.*, 2009), inclusive as participantes desta pesquisa, não reconhecendo que ao justificar ou que ao relativizar as atitudes dos parceiros estão reproduzindo a “aceitação” da violência. Assim, calar-se para evitar um violência, não é aceitá-la, mas escolher, muitas vezes, pela sobrevivência de si própria ou da relação.

É importante também compreender quanto ao índice aceitação à violência, que ele ocorre dentro de uma relação afetivo-sexual, logo construída pelas pessoas participantes dela. Homem e mulher constroem e desenvolvem juntos a dinâmica dessa relação, isto é, a mulher não pode ser interpretada como um ser passivo, sem capacidade de enfrentamento e apenas vítima da situação. A mulher deve ser compreendida com ser ativo, repleta de capacidades para enfrentar a situação de violência e atravessada por multifatores (de risco e emocionais) que influenciam nas suas atitudes, pensamentos, sentimentos, potencialidades, personalidade e na própria dinâmica do relacionamento (DOURADO; NORONHA, 2014).

Isto significa dizer que julgar e que enquadrar a mulher como ser passivo, que aceita a violência, é concordar com uma mulher incapaz de realizar mudanças na sua vida, o que não foi observado em nenhuma das três participantes deste estudo. Ademais, o que essas mulheres necessitam é de apoio, de cuidado e de boas estratégias de enfrentamento para que consigam refletir melhor sobre as situações de VPI vivenciadas e possibilitar mudanças contra a dinâmica de violência (ADAMES; BONFLÍGLIO; BECKER, 2018; GOMES *et al.*, 2014).

O índice demografia representou conteúdos relacionados à situação do relacionamento, profissão/ocupação e renda financeira abordados pelas participantes. Foi pouco

citado no geral, exceto para o caso Safira em que a situação do relacionamento era um conteúdo recorrente durante todas as etapas da AT, devido à participante ainda manter uma interação direta conflituosa com o ex-cônjuge, em que se percebia ainda sofrendo violência psicológica nessa interação.

A situação do relacionamento é um risco para VPI, pois se observa que todos os estados civis podem gerar possibilidades de violência (OMS, 2012). Algumas situações de relacionamento dificultam mais o reconhecimento, o enfrentamento e a saída da relação, por exemplo, estar casada ou em união estável (ESTRELA *et al.*, 2016; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; RAFAEL *et al.*, 2017). A maior parte do relato das participantes, durante a AT, foi relacionado às violências que sofreram enquanto casadas.

Nesse sentido, tem-se que o lar e a ideia de família enquanto contexto de segurança e de proteção foram destruídos pela dinâmica de violência (GOMES *et al.*, 2012). Além disso, nessa situação há mais dificuldade de denunciar e de sair da relação por causa dos diversos sentimentos e dos padrões relacionados aos papéis de gênero que terminar um casamento carregam (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010), por exemplo, a mulher ser culpabilizada pelo fim dessa relação. E mesmo após enfrentar todas as dificuldades e frustrações advindas com a decisão de separação, alguma dessas mulheres continuam sofrendo violências do seus ex-parceiros (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017), principalmente, se houver situações de processos judiciais, que podem ampliar a ameaça de violência para essas mulheres (LAMOGLIA; MINAYO, 2009; PAIXÃO *et al.*, 2014).

O índice gênero apresentou mais conteúdos no caso Rubi quando comparado aos outros casos, e estava relacionado à forma como padrões culturais para relacionamento heteroafetivo-sexual foram ensinados à participante, por exemplo, os conflitos entre o casal serem resolvidos sem a exposição e o envolvimento de terceiros, o que dificultou a participante realizar a denúncia pelas agressões físicas. Ademais, quando fez a denúncia, foi desvalidada pela equipe de atendimento, pois foi exigida a presença de duas testemunhas. Para Esmeralda e para Safira o índice gênero apareceu na perspectiva dos papéis de gênero, em que a mulher se torna a responsável pela criação dos filhos, enquanto o homem cuida do sustento do lar.

E: Eu tenho muita raiva quando ele dizia isso. Porque ele dizia que na casa quem tinha que mandar era o homem, só que ele não se intitulava machista. Inclusive ele utilizava muito o termo “na bíblia era assim...”, ficava dizendo quem rege o ar é o homem. (Esmeralda, etapa de sessões iniciais).

S: Aí, começou a vir uns pensamentos desse jeito, aí eu comecei a ficar angustiada. E por ele “deixa lá”, num tocava mais nem no assunto. [...] a menina com dois anos e a

mesma situação, “não vou voltar a trabalhar, não vou voltar [...]”. Eu comecei a ficar angustiada. (Safira, etapa de sessão inicial).

R: de enfrentar, não de tipo briga, de confronto, que pra mim era uma coisa inadmissível, [...] pela educação que eu tive pela minha mãe. Você tem que ser cortez, tem que ser gentil com as pessoas, né. Você gritar com alguém, você xingar alguém, você chamar a polícia, fazer um barraco era um coisa impensável. Era uma coisa impensável. E aí, ele (ex-marido) me fez passar desse limite, até que tem uma hora que a gente tem que...enfrentar a briga mesmo. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

R: A delegacia da mulher não aceitava, que eu tinha ido várias vezes, não deixava eu fazer B.O. porque eu precisava de duas testemunhas e eu não tinha. Porque era em casa, geralmente, né, ou as pessoas não queriam se envolver. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

Durante anos a situação de VPI foi ignorada devido ao padrão sociocultural que ocultava, justificava, naturalizava e calava as violências que ocorriam em um relacionamento afetivo-sexual. A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) é um símbolo do quanto que a violência no ambiente doméstico é camuflada e pode matar mulheres. Esses padrões são passados de geração a geração familiar, crenças de ciúme patológico, controle e isolamento são romantizados como sinônimo de afeto e de cuidado (LAMOGLIA; MINAYO, 2009; PAIXÃO *et al.*, 2014; SANT’ANNA; PENSO, 2017). Além disso, crenças de papéis de gênero como o homem ser o chefe, provedor da família e detentor do direito sobre “sua mulher”, resultam deveres de obediência para a mulher, em que se percebe sozinha para buscar apoio ou na forma de enfrentar as violências que sofre, quando reconhecidas, já que muitas formas de violência são camufladas e naturalizadas nos relacionamentos afetivo-sexuais (LAMOGLIA; MINAYO, 2009; PAIXÃO *et al.*, 2014), principalmente, a violência sexual, em que é obrigação da mulher ceder aos desejos do esposo mesmo quando não está interessada para manter a relação e para cumprir com “sua obrigação”.

Essa situação se torna mais crítica quando a mulher é responsabilizada pelo sucesso/fracasso da relação, da criação dos filhos e do lar. Papéis e deveres que submetem a mulher a diferentes violências, principalmente, psicológica e sexual (COLOSSI; FALCKE, 2019; CORTEZ; SOUSA, 2008). E piora quando sofrem violência física e o despreparo de profissionais as impossibilitam de continuar com a denúncia (LAMOGLIA; MINAYO, 2009). Assim, diante da situação apresentada por Rubi, é necessário que profissionais que lidem com o contexto de VPI, abordem a mulher que sofreu violência com uma postura empática, tendo conhecimento da dinâmica de violência, dos fatores de risco, das leis e das possibilidades de tratamento e de estratégias de enfrentamento (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

O índice transgeracionalidade apareceu apenas nos casos Esmeralda e Rubi. Não foram identificados conteúdos referentes a esse índice nas etapas de resumo e discussão e de acompanhamento em ambos os casos. Como já abordado, as etapas de sessões iniciais, testes

padronizados e de intervenção direcionam seus objetivos para a investigação e para intervenção diante dos dilemas apresentados nas perguntas avaliativas. Já a etapa de resumo e discussão tem por objetivo compartilhar com a cliente os resultados dos testes e discutir a percepção dela sobre esses resultados, reunindo todo contexto já abordado nas etapas anteriores. Da mesma forma, a etapa de acompanhamento busca refletir e estimular sobre as mudanças percebidas após o processo (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013). O não aparecimento desse conteúdo nessas etapas pode sugerir que as participantes se permitiram durante as três primeiras etapas refletir mais sobre as demandas relacionadas as situações de transgeracionalidade, não apresentando necessidade de relacionar essas demandas diretamente aos resultados dos testes ou de trazê-las na sessão de acompanhamento.

Esmeralda trouxe o contexto de transgeracionalidade relacionado à não querer vivenciar a violência física que sua mãe sofreu do seu pai. Sentia culpa por ter se envolvido nesse tipo de relacionamento, pois teve a experiência da mãe como exemplo.

E: e assim, como eu vi minha mãe...porque minha mãe era agredida fisicamente em casa, eu não quero isso pra mim [...]. E aí, às vezes, eu fico pensando assim, esse meu pensamento de que ele (ex-marido) não vai mudar é justamente porque eu via meu pai, ele não mudou, a tendência foi piorar em relação ao meu pai [...]. E inclusive com os outros relacionamentos eu conseguia terminar numa boa. E com ele que me faz lembrar (do pai) eu não consigo. (Esmeralda, etapa de sessões iniciais).

A transgeracionalidade como fator de risco (OMS, 2012) é bastante atravessada pelo fator gênero, pois famílias reproduzem padrões papéis de gênero de relacionamentos aprendidos. Crianças que presenciam ou que vivenciam maus-tratos na família de origem podem repetir esses padrões em seus relacionamentos (COLOSSI; FALCKE, 2019; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017; SANT'ANNA; PENSO, 2017; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Perceber-se vivenciando a mesma violência presenciada e/ou experienciada na infância pode gerar o sentimento de culpa, principalmente, quando não possuem referencial de estratégias de enfrentamento efetivas (PAIXÃO *et al.*, 2015).

E a tentativa de evitar reviver essa cena familiar de violência em seus relacionamentos, podem ocasionar enfrentamentos agressivos que reverberam em discussões que podem ampliar a situação de violência (SANT'ANNA; PENSO, 2017). Esmeralda, carregava esse medo de não querer sofrer a violência física que a mãe sofria. E quando se percebeu não conseguindo se desligar de uma pessoa que agia como seu pai, se culpou por isso. Suas tentativas de enfrentamento terminavam em discussões e a sensação de sofrer violência se ampliava, o que ocasionava danos à saúde emocional da participante. Já Rubi abordou as

violências que ela sofreu na família de origem e como isso foi fator para que se envolvesse em relacionamentos com violência.

R: namorei uns dez anos com ele (primeiro namorado). E aí, hoje eu percebo que era uma relação que era abusiva, né, de certa forma, um adulto (de 30 anos) com uma menina de 15 anos, né. Então, tinha toda, toda aquela manipulação, né. E eu achava...eu aprendi que era normal. Eu achava que relacionamento era assim mesmo. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

Relembra-se também que para Rubi foi difícil buscar apoio e realizar a denúncia por causa de crenças familiares que lhe foram ensinadas. As suas experiências de relacionamentos afetivo-sexuais estavam atravessadas por formas diferentes de violências, o que dificultava para a participante reconhecer formas saudáveis de relação, mesmo que tivesse capacidade para se envolver em relacionamentos saudáveis, como vistos nos resultados dos testes psicológicos.

Vivenciar ou presenciar violência durante a infância, pode gerar dificuldade em reconhecer o que é violência ou banalizar a violência sofrida, pois foi o padrão de relacionamentos aprendidos (COLOSSI; FALCKE, 2019). Ademais, mulheres com histórico de transgeracionalidade para violência, podem se tornar desconfiadas em seus relacionamentos, além de se perceber tendo dificuldade para tomar decisões ou lidar com a violência (MADALENA; CARVALHO; FALCKE, 2018), principalmente, quando o referencial de sentimentos afetivos é envolto por um contexto de violência, o que intensifica a dificuldade do reconhecimento e a diferenciação da dinâmica de violência (HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018).

O índice saúde física foi conteúdo apenas do caso Safira e se referia ao ex-marido da participante não gostar das idas dela às consultas ginecológicas. Essa situação dificultou o tratamento da cliente quanto à desregulação hormonal, a qual pode ainda estar influenciando na situação de ansiedade e de depressão experienciada pela cliente. Esse índice apresentou maior frequência de conteúdo na etapa de intervenção, pois foi o momento em que a cliente explicou melhor a situação da desregulação hormonal relacionada também ao estresse que vivenciava durante e após o casamento.

A saúde física é considerado fator de risco (OMS, 2012) devido a expor situações de violência física e sexual, além de contágio de DSTs que podem se relacionar com situações extraconjugais influenciando na situação de sofrer violência (ANDRADE *et al.*, 2015; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011; LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018). Além disso, muitos homens não permitem que as mulheres realizem exames ginecológicos pela

própria reprodução dos papéis de gênero (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010), o que reverbera na saúde física e emocional da mulher, que sofre as consequências por não realizar tratamentos adequados caso necessário.

O índice transtorno mental teve bastante conteúdo observado nas narrativas das três participantes. Nos três casos foi relacionado à somatizações, ao trauma, à depressão e à ansiedade decorrentes, em maioria, da vivência de sofrer VPI. Por exemplo,

E: eu acho assim, o meu relacionamento com o (ex-marido) me ocasionou um grande trauma, no sentido que eu já tinha o trauma de infância, meio que dos meus pais [...] e aí de repente, o (ex-marido) veio pra minha vida acaba dando um...tipo potencializando esse trauma. (Esmeralda, etapa de sessões iniciais).

S: aí isso é muito mais trauma mesmo, trauma, trauma, uma pessoa quando tá com trauma que revive o pensamento. Aí pronto, fica, aí tensiona de novo. [...] e aí eu sei que quando for na segunda-feira eu vou ter que entrar em contato com ele e tudo (volta). (Safira, etapa de sessões iniciais).

R: primeiro eu fiquei com essas crises de ansiedade, pensando nisso. Eu ficava pensando o tempo inteiro na audiência, não conseguia tirar da minha cabeça as cenas da audiência, as cenas dele, das coisas que ele falava, das coisa que eu podia ter falado diferente. Fiquei com aquele negócio na cabeça. E depois que eu parei com isso, que eu melhorei emocionalmente, eu comecei com uma tosse, que eu começava a tossir, que minha glote fechava que eu não conseguia respirar. E aí, eu fiz exames de tudo o quanto é jeito, fui em todo tipo de médico. Ninguém descobriu o quê que era. [...] aí no final das contas eu falei “quer saber o quê que é? É emocional”. Então, é esse negócio dessa audiência. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

O transtorno mental como fator de risco (OMS, 2012) se relaciona, em sua maioria, com os aspectos de trauma, de depressão e de ansiedade (HATZENBERGER *et al.*, 2010; SANTOS; MONTEIRO, 2018; SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010). A vivência de situações traumáticas pode afetar a forma de reconhecimento e de enfrentamento das agressões, como também a saída dessa relação. Junto ao trauma, comportamentos de depressão e de ansiedade oscilam e confundem enquanto consequência da VPI. Visto que, na maioria das vezes, são buscadas causas outras para esses sintomas, negligenciando a violência psicológica sofrida por essas mulheres (HATZENBERGER *et al.*, 2010; SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Dessa forma, insônia, baixa energia, compulsão alimentar, tristeza e angústia são frequentemente observados em mulheres que sofrem VPI, mas poucos relacionados a violência (BARROS *et al.*, 2016). Os comportamentos ansiogênicos, depressivos e traumáticos dificultam o enfrentamento e a reflexão durante e após a vivência de violência, sendo situações que fragilizam a autoestima dessas mulheres, que vão apresentando dificuldade assertiva e de

estratégias efetivas de enfrentamento devido a essas condições de saúde físico-emocional (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

Para finalizar a categoria dos fatores de risco VPI, destaca-se que não foram encontrados resultados para a presença do fator de risco consumo de álcool e drogas nos conteúdos abordados pelas três participantes. O consumo de álcool e substâncias é considerado um fator de risco pela OMS (2012) e vários estudos (BARROS *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2018; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; LEITE *et al.*, 2017; RAFAEL; MOURA, 2016; VELOSO; MONTEIRO, 2019; VIEIRA *et al.*, 2014; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011; ZALESKI *et al.*, 2010) afirmam a associação para sofrer VPI.

5.2.2.2 Categoria Fatores Emocionais VPI

A categoria fatores emocionais VPI agrupou os índices relacionados aos fatores emocionais discutidos nesta dissertação, a saber, medo, vergonha, dependência emocional, esperança, raiva e culpa. Da mesma forma que a categoria dos fatores de risco VPI, a categoria fatores emocionais apresentou maior frequência de conteúdo nas etapas de sessão inicial [Fe=76; Fs=107; Fr=79] e de testes padronizados [Fe=52; Fs=35; Fr=48]. A etapa de intervenção teve alta frequência [Fs=46; Fr=29] no caso Safira e Rubi, sendo baixa no caso Esmeralda [Fe=7] quanto a essa categoria. Houve redução da frequência de conteúdo nas demais etapas da AT. A sessão de intervenção da Esmeralda focou na forma que a cliente se percebia em suas relações o que estava ligada à sua dificuldade de olhar mais para si. A cliente focou mais nas relações saudáveis que tinha naquele momento do que na relação que teve com o ex-marido, trazendo poucos conteúdos referentes à VPI.

Os fatores emocionais influenciam a ocorrência e são consequências das violências sofridas, visto que a dinâmica da VPI mescla os fatores de risco com os fatores emocionais. Dessa forma, as mulheres apresentam marcas visíveis e invisíveis de violência, que vão sendo modeladas por sentimentos de medo, de dependência emocional, de culpa, de vergonha e de solidão, por exemplo, que fazem essas mulheres acreditarem não serem capazes de enfrentar a situação de violência (MONTEIRO; SOUZA, 2007; PAZO; AGUIAR, 2012; SOUTO; BRAGA, 2009).

Quanto a etapa de sessões iniciais e de testes padronizados evocarem mais as situações relacionadas ao contexto de VPI, já foi anteriormente discutido que o motivo pode ser pelo próprio objetivo dessas sessões, que focam em ampliar o conhecimento sobre as clientes e sobre as perguntas avaliativas (FINN, 2017). Já a sessão de intervenção, como já

visto, dá a oportunidade a cliente de entrar em contato com aquela demanda ou comportamento que possam ainda serem conteúdos difíceis e que impactam nas situações presentes nas perguntas avaliativas. Então, essa etapa possibilita a cliente e terapeuta juntas explorarem a situação presente, permitindo a cliente a aprofundar, compreender e assimilar novos conteúdos, o que pode ocasionar e estimular mudanças na cliente (FINN, 2015; FINN, 2017).

Desse modo, a sessão de intervenção mostrou como Esmeralda estava lidando com a sua questão da dependência emocional. Pois, Esmeralda ao escolher focar em seus relacionamentos saudáveis no lugar da sua relação com o ex-marido apresentou uma mudança de atitude e de pensamento quanto à dependência emocional que sentia por ele, em que focava a sua avaliação até aquele instante apenas nessa relação. Além disso, voltar-se para compreender seu papel e seu lugar nessas relações saudáveis ajudou Esmeralda a lidar e a gerar estratégias de apoio para momentos em que sentisse que estava cedendo as manipulações do ex-parceiro. Também foi interessante compreender que a participante reconheceu a sua capacidade de formar relações saudáveis, o que influenciava no medo de ter outras relações iguais a que vivenciou com o ex-cônjuge.

Quanto aos índices dessa categoria, o índice medo esteve presente nos três casos e relacionou-se com a vulnerabilidade sentida durante e após o casamento em relação aos ex-parceiros, além do receio de vivenciar outros relacionamentos violentos. Nos exemplos a seguir, é possível perceber a vulnerabilidade sentida por essas mulheres, e o trauma ocasionado.

E: é porque a pessoa que eu me mostrei mais vulnerável foi o (ex-marido). E aí, assim, eu levei uma lapada da vida. Então, assim, eu me fechei mais nesse sentido. A pessoa que eu mais me mostrei vulnerável foi o (ex-marido), sofri demais. (Esmeralda, etapa de resumo e discussão).

S: Eu fui muito cortada mesmo. Eu fui muito colocada no limite [...] e aí, o outro (ex-marido) percebeu minha fraqueza e mesmo assim, ele vinha e vinha mais forte. E pelo que entendo não é pra ser assim, como pode você tá casado comigo e você que me atacar? (eu) Era atacada. Então, a (minha) fraqueza eu ainda vejo. (Safira, etapa de resumo e discussão).

R: sobre essas fragilidades, né, se colocar na mão do outro, com certeza, isso com certeza depois do casamento é uma coisa que eu não faço nem a pau, né. Porque o (ex-marido) usou todas as armas que eu dei pra ele, usou contra mim, né. [...] minhas intimidades, meus segredos, tudo que eu me abri pra ele, ele usou pra me atacar mesmo. Então, com certeza isso é uma coisa que eu não faço mais, não faço. Pra mim não tem essa entrega de me expor, de me colocar em uma situação que eu possa ser...por mais que eu confie, que ache que a pessoa seja boa, que não vai fazer...não, eu não me entrego assim mais não. (Rubi, etapa de resumo e discussão).

O medo, então, se configura como uma ameaça sentida e lembrada que advém da forma de intimidação, de controle e de manipulação pelos ex-maridos. Durante o casamento,

esse medo representa a ameaça e a vivência da violência, em que a mulher vive em constante estresse não sabendo o quê ou o momento em que desencadeará uma atitude violenta pelo parceiro. Separar-se não ameniza o sentir-se vulnerável, pois o medo aparece também na necessidade de se proteger, visto que há o desejo de gerar estratégias de enfrentamento para sobreviverem a dinâmica de violência vivenciada e lidarem com o trauma, além de não sofrer novo relacionamento com VPI. Esse medo fragiliza a autoestima da mulher ao ponto delas duvidarem de si mesmas e não reconhecerem a própria força diante dos ex-parceiros e da violência (FAUR, 2012; MONTEIRO; SOUZA, 2007; PAZO; AGUIAR, 2012; SOUTO; BRAGA, 2009). Por exemplo, de forma mais direta é possível reconhecer a marca do medo e do trauma na pergunta avaliativa da Esmeralda “Como gerar estratégias para que eu venha a me proteger de futuros relacionamentos como os que tenho com o [ex-marido], no sentido de não encontrar alguém pior ou igual a ele?”.

Em um processo avaliativo, os primeiros momentos devem focar no acolhimento justamente devido a condição emocional que essas mulheres podem estar passando. É importante respeitar sua história de vida, compreender o sofrimento vivenciado pela violência e escutar seus anseios e questionamentos, principalmente, por compreender que essas mulheres podem vir bastante fragilizadas emocionalmente, carregando crenças e pressões sociais (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019). Esse foco no acolhimento é importante para que, nas primeiras sessões, não seja ultrapassado os limites da cliente, que pode se apresentar instável emocionalmente e com autoestima fragilizada (KRAUSE *et al.*, 2006) devido à própria dinâmica de violência que ocorre entre os fatores de risco e os emocionais.

Por isso, para a AT, as perguntas avaliativas são tão importantes, além de possibilitar reconhecer as ideias da cliente sobre si e manter o foco avaliativo, as perguntas também representam atitudes que tratam a cliente com respeito e com empatia, que não invade os limites da cliente e, ainda, que acredita na capacidade dela de formular suas próprias questões, assim, gerando também a sua responsabilidade pelo seu próprio processo avaliativo, o que estimula a sua adesão ao tratamento e possibilita o crescimento da cliente (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

O índice vergonha teve conteúdo apenas nas etapas de sessões iniciais e testes padronizados nos casos Esmeralda e Rubi e em todas as etapas da AT para o caso Safira. No geral, as participantes apresentaram vergonha no momento de relatar algumas violências que sofreram, e Safira também demonstrava vergonha quanto à sua característica de expressar a raiva de forma física, por exemplo,

S: aí, não sei se eu falo ou se eu falo depois. Eu tenho vergonha disso, mas eu falo. Eu vou falar. [...] foi bem difícil, foi um descontrole tão grande porque junta tudo, né. Já tava mais de três anos que a gente tava casado com muitas brigas, muitos conflitos, muitas humilhações, né, me sentindo toda aquela coisa pesada. E chegou num momento que ele não podia me olhar diferente, se olhasse diferente aí já começava. Eu acho que isso aí, é quando você chega lá no seu máximo de estresse, não aguenta mais e pronto. (Safira, etapa de sessões iniciais).

A vergonha é um fator emocional que se relaciona mais diretamente com a imagem que uma pessoa acredita ter de si (DOURADO; NORONHA, 2015), logo se liga mais diretamente a autoimagem, o que torna mais difícil a mudança ou compreensão por parte da pessoa. Finn (2019) aborda que a vergonha está na relação consigo mesmo, por isso, sendo difícil o tratamento direto pela vergonha, pois por se ligar a autoestima, pode remeter a ideia de rejeição e de incapacidade. Expor a violência sofrida ou outras pessoas presenciarem a violência também gera um grau de humilhação perante o olhar de outras pessoas, em que a mulher sente que não foi capaz de proteger a si mesma e por isso, sofreu violência. Então, imaginar como o outro vai escutar sobre a violência que sofreu e o que pensará ocasiona na mulher a vergonha de falar sobre a violência e, ainda, o medo de ser responsabilizada por essa violência, quando ela mesma já não o faz (DOURADO; NORONHA, 2015).

Desse modo, para a AT, a melhor forma de se abordar conteúdos vergonhosos para as clientes, é estimular os pensamentos, as crenças, as emoções e os comportamentos relacionados à vergonha. E, diante da relação terapêutica, apresentar abertura, empatia e aceitação para com a cliente. Além disso, as perguntas avaliativas e os testes psicológicos podem servir como porta de acesso para esses conteúdos, diminuindo a resistência de abordar tais situações e ampliando a confiança na relação terapêutica (KAMPHUIS; FINN, 2018).

O índice dependência emocional teve maior frequência de conteúdos no caso Esmeralda, em comparação a Safira e Rubi que tiveram pouco conteúdo desse índice. Para o caso Esmeralda a dependência emocional era um dos conteúdos principais, sendo gerada uma pergunta avaliativa sobre esse índice, “Já que minhas atitudes dependem emocionalmente do [ex-marido], o que fazer para me desvencilhar dele?”. A participante, mesmo após a separação, ainda se sentia manipulada pelas ações e pelas necessidades do ex-marido e percebia que suas estratégias de afastamento não eram efetivas. Esmeralda foi a única participante que apresentou de forma direta sentir dependência emocional, as outras participantes não se sentiam dependentes emocionalmente do ex-marido.

A dependência emocional é considerado um dos principais fatores ao se discutir VPI, principalmente, para explicar situações em que mulheres se mantêm nos relacionamentos mesmo diante da violência (FAUR, 2012; PAZO; AGUIAR, 2012). Esse fator simboliza a

dificuldade que uma pessoa apresenta quanto ao apego que sente por outro indivíduo de forma exagerada. Nas mulheres dependentes emocionalmente, há um problema de reconhecer um limite quanto as suas necessidades e as do outro, buscando atender sempre a ideia de expectativa que acreditam que o outro tenha, para que a relação não termine e que o parceiro não as abandonem (DOURADO; NORONHA, 2014).

É um dos principais fatores de ordem emocional que fragilizam a autoestima, pois a pessoa está sempre dependente de alcançar metas geradas pelos outros (FAUR, 2012). Para as mulheres que sofrem VPI, a situação fica mais complexa, pois ao se darem conta das violências que sofrem também se dão conta da dependência que sentem, o que explica a dificuldade de pôr um fim à violência seja por estratégias de enfrentamento efetivas e/ou pelo fim da relação (DOURADO; NORONHA, 2014; FAUR, 2012). Na AT, há a possibilidade de trabalho da dependência emocional a partir do mecanismo de autodescoberta/autoeficácia. Trata-se de um mecanismo que tende a estimular a autoatualização da cliente, isto é, incentivando a cliente a voltar mais seu olhar para suas necessidades, objetivando o autoconhecimento e auxiliando a (re)organizar as narrativas sobre si (FINN; TONSAGER, 1997).

A AT foca em que a cliente, primeiramente, reconheça seu problema e seu limite, podemos encarar as perguntas avaliativas por esse viés. Depois, apresenta testes psicológicos que irão abordar esses questionamentos e discute os resultados achados com a cliente em uma ordem que a permita ir refletindo do que ela já sabe para o que ela desconhece (FINN, 2017). Essa forma de aprendizado e de (re)conhecimento de si, permite o trabalho em relação a dependência emocional, já que a principal dificuldade enfrentada pela pessoa que sofre dependência é reconhecer seu próprio desejo mesmo diante do desejo do outro, sem permitir se anular quando esses desejos são distintos por temer o desamor (FAUR, 2012).

O índice raiva aparece nos três casos, com maior frequência de conteúdo no caso Safira. Esse índice se relacionava a raiva que as participantes nutriam de ter vivenciado violências em seus relacionamentos. Além disso, no caso Safira, a raiva se ligava com a violência psicológica que a cliente sofria e como utilizava esse sentimento para enfrentar a violência, por exemplo,

S: e fica realmente, as mulheres saem tudo de louca. Porque a gente fica num descontrole. Ainda mais se for assim, um tipo de homem igual meu ex-marido, que consegue falar coisas terríveis num tom de voz que vizinho não escuta, ninguém escuta. Escuta a voz da mulher que está enlouquecida, gritando, fazendo tudo. Então, a gente sai de louca. (Safira, etapa de sessão inicial).

S: Eu me lembro a primeira briga da gente mais assim acalorada, e ele faltou com respeito comigo [...] e eu bati no ombro dele. E isso me deu uma raiva tão grande [...] e eu nervosa [...] sem poder me expressar do jeito que eu queria. (Safira, etapa de intervenção).

A raiva é caracterizada por ser um sentimento que carrega a incompreensão e/ou a ameaça sentida por um pessoa em uma determinada situação (SPIELBERGER, 2010). A mulher diante da violência psicológica pode apresentar estado de raiva ao ponto de ser expressa fisicamente, principalmente, por sentir que naquela relação não há espaço para suas necessidades ou por estar sendo culpabilizada por algo que não foi sua intenção. São nesses momentos que a mulher pode ser vista como histérica, sendo responsabilizada pela situação de violência. Depois, de passado o momento vem o sentimento de vergonha ou de culpa pelas ações percebidas pela mulher. E para evitar repetir a situação pode iniciar um processo de anulação de si mesma na relação, escolhendo ignorar suas necessidades por não querer ser julgada ou culpabilizada pela violência (FAUR, 2012).

A AT de forma geral trabalha com a cliente a cada etapa para que características da forma de ser da cliente possam ser refletidas e, assim, ocasionar mudanças nas narrativas de aspectos próprios tidos como negativos pela cliente. Desde o primeiro momento a AT se preocupa em como a pessoa percebe a si mesma, utilizando em todas as etapas ferramentas e métodos que possam provocar e estimular essa reflexão (FINN, 2017; FINN; TONSAGER, 1997; KAMPHUIS; FINN, 2018). Por exemplo, a partir do mecanismo de autoaperfeiçoamento, a AT estimula que o cliente perceba autoconceitos mais coerentes e positivos com a realidade (FINN; TONSAGER, 1997). Ademais, os princípios de colaboração, de compartilhamento e de empatia da AT, estimulam que terapeuta e que cliente desenvolvam uma relação terapêutica de compreensão e de troca (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018), por exemplo, como foi exposto pela psicóloga na carta para Safira.

A partir dessa pergunta (Por que eu ainda estou me sentindo fragilizada quanto a manter uma interação com ele?), pudemos perceber que seus pensamentos e sentimentos se misturam e influenciam a tua forma de pensar e de se comunicar, apresentando-se desorganizados. Você percebe que a fragilidade que sente está relacionada com o “medo do teu estresse”, pois ainda é muito doloroso e difícil aceitar ter chegado a momentos extremos da sua raiva. Mesmo que esses momentos de raiva significasse colocar um limite às violências que te “ceifavam”, “cortavam” e “humilhavam”. (trecho da carta da Safira).

A carta permitiu registrar toda a trajetória e compreensão da história da cliente captados durante o processo e dialogados na sessão de resumo e discussão (FINN, 2017). O que só foi possível porque a dinâmica da AT possibilitou gerar perguntas, utilizar testes e apresentar

resultados, permitindo a terapeuta e a cliente irem acessando aos poucos as crenças e vivências relacionadas a raiva que Safira apresentava.

O índice esperança aparece nos três casos, mas com maior frequência nos casos Esmeralda e Safira. De todas as participantes, Safira era a que expunha mais direta e abertamente a esperança de que o ex-marido mudasse de atitude frente a ela, além de esperar o reconhecimento dele das violências cometidas contra ela durante o casamento. A esperança, no caso Esmeralda, é mais frequente no início da avaliação em que a cliente se questionava se o ex-parceiro poderia mudar suas atitudes e, assim, eles retomarem o casamento.

S: o que vinha “ah, mas é o meu casamento. Ah, é minha filha. Ah, eu sou a esposa. Ah, eu tenho que fazer alguma coisa pra poder melhorar isso daqui”. Eu meio que fui “ah, vou dar a chance, vamos ver a próxima”. Eu ficava desejando um pedido de desculpa do (ex-marido), eu ficava desejando e isso não vinha. (Safira, etapa de resumo e discussão).

A esperança é um fator emocional tão importante que representa a terceira etapa do ciclo de violência vivenciado na VPI, em que após as atitudes agressivas, o parceiro inicia o processo de desculpa e de promessas quanto a não repetição do ato (CARNEIRO *et al.*, 2019). O que faz a mulher nutrir crenças quanto à mudança de atitude do parceiro, na expectativa de que as violências cessarão, além de se sentir capaz de provocar ela mesma essas mudanças no parceiro (FAUR, 2012).

O índice culpa apresenta conteúdo em todos os casos. A culpa para as participantes assume as perspectivas de arrependimento de ter se envolvido em um relacionamento afetivo-sexual com violência e da ideia de fracasso do relacionamento, resultando na separação. Por exemplo, quanto ao arrependimento Safira relatou “Eu perdi coisas, eu perdi muita coisa com esse casamento” (Safira, etapa de intervenção), e Rubi disse,

R: é de perceber que eu perdi a melhor parte da vida, da juventude, por causa do (ex-marido), né. Foram seis anos de inferno, né. Dos 24, que eu o conheci, até os 30 anos. Um verdadeiro inferno. E mais dez anos que eu tô [...] nesse inferno também de sentir medo de processo, desse desgaste todo, né. (Rubi, etapa de intervenção).

E quanto ao fracasso do relacionamento, seguem os exemplos,

E: é uma mistura de culpa com pena. Não sei, assim, se outras pessoas sentem o que eu sentia [...] eu investia tanto naquele relacionamento que eu tinha pena dele fracassar. E, assim, o fracasso dele...era como se eu fosse responsável pelo fracasso dele, entendeu? Aí, assim, era um ciclo...eu sempre...eu que perdia. (Esmeralda, etapa de resumo e discussão).

S: “o que foi que eu não soube fazer?” [...] É que eu tenho o meu julgamento em relação a isso [...] tenho (a minha responsabilidade) porque justamente, um casamento se acaba desse jeito não pode ser só eu botar 100% da culpa no (ex-marido). (Safira, etapa de intervenção).

R: mas poderia ser uma coisa difícil eu descobrir que eu me sinto culpada é...de certa forma de ter causado esse sofrimento pra ele (filho). Porque eu escolhi um pai ruim desse pra ele. Pronto, eu acho que o pior que pode ser é me sentir culpada por ter separado ele do pai. [...] É, eu acho que o mais difícil seria me sentir culpada por ter feito ele ficar longe do pai. Acho que essa seria...seria a pior opção. (Rubi, etapa de sessões iniciais).

A culpa é uma autoavaliação quanto ao comportamento tido (FAUR, 2012). Para Finn (2019), culpa e vergonha estão relacionadas e são frequentemente confundidas, o que dificulta o processo de mudança da cliente. Para Finn (2019), a culpa estaria mais ligada ao comportamento e na relação com o outro. Dessa forma, diante do contexto da VPI, a culpa pela vivência de um relacionamento com violência, pelo fracasso da relação e pela separação, muitas vezes sentidas pela mulher, se influencia pelo padrão social de que a mulher é a responsável por nutrir e por cuidar da relação. Crença essa relacionada aos muitos deveres atribuídos as mulheres para culpá-la pelo término de um relacionamento afetivo-sexual, a responsabilizando pelo que não deu certo na relação (ESTRELA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, mesmo diante de sofrer violência, e encarando a separação como estratégia para o fim dessa violência, algumas mulheres se culpam e/ou são culpabilizadas por não terem reagido de forma adequada as atitudes agressivas do parceiro. Temem que a escolha da separação afete os filhos ou, ainda, que não dialogaram e impuseram limites necessários. Dessa forma, a violência sofrida se torna menor diante das muitas situações que essas mulheres se culpam pelo fim do relacionamento (FAUR, 2012; PAZO; AGUIAR, 2012).

Em suma, as categorias que se relacionam com a VPI (fatores de risco e emocionais), têm maior frequência de conteúdo nas três primeiras etapas da AT nos três casos. Havendo redução significativa do conteúdo nas etapas seguintes. Chama a atenção a redução de conteúdo dos índices como transtorno mentais e todos os índices emocionais, apontando que a AT provoca a redução da sintomatologia (DUROSINI; ASCHIERI, 2021; FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997) e de crenças negativas sobre si, além de possibilitar o processo de mudança a partir da diminuição do sofrimento inicial apresentado. Ao longo da discussão dessas duas categorias foram sendo abordados algumas formas da AT enquanto técnica e atuação que possibilitam e que estimulam fatores de mudança, os quais foram discutidos no tópico a seguir.

5.2.2.3 Categoria Fatores de mudança

A diminuição da frequência de conteúdo das categorias fatores de risco e emocionais VPI no decorrer das etapas da AT pode estar diretamente relacionado com a presença e estímulo dos fatores de mudança do cliente presentes na AT. A categoria fatores de mudança agrupa os índices que representam os fatores que estimulam mudança no cliente, a saber, participação ativa, reflexão, enfrentamento, momento de mudança e relação terapêutica (ver Quadro 1, p. 29). Os resultados da análise de conteúdo apontam que durante todas as etapas da AT esses fatores estiveram presentes nos três casos, apresentando maior frequência na etapa de sessões iniciais [Fe=256; Fs=564; Fr=346].

A mudança enquanto processo, de forma geral, refere-se aos comportamentos, às atitudes e aos pensamentos que a cliente vai apresentando ao longo do tratamento que permitem um desenvolvimento e uma melhora da condição de sofrimento inicial (HONDA; YOSHIDA, 2012, 2013). É necessário para o início desse processo que a relação terapêutica seja perpassada por princípios e por estímulos que possibilitem essa mudança, tais como respeito, aceitação, confiança, empatia, motivação, reflexão, participação ativa, entre outros (HONDA; YOSHIDA, 2013; ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008) princípios e estímulos esses que são a base da AT.

Durante todo o processo Finn (2017) orienta o cuidado, acolhimento e empatia com a cliente, além de cada etapa da AT estimular fatores que possibilitam mudanças, principalmente, participação ativa e reflexão. As sessões iniciais buscam que haja a aderência da cliente ao tratamento, para tanto a terapeuta se esforça em estimular a participação e colaboração da cliente, a motivando a refletir sobre seus dilemas e a se questionar quanto a eles em forma de perguntas (FINN, 2017; KRAUSE *et al.*, 2006).

Isto significa dizer, que são sessões que fazem a cliente discutir sobre o contexto que tem lhe gerado sofrimento, como observado nas categorias relacionadas a VPI, que apresentaram maior frequência de conteúdo nessa etapa. Por isso, é importante que o terapeuta se coloque em uma posição mais empática e colaborativa, buscando diminuir sentimentos e comportamentos de ansiedade, de vergonha, de medo, de culpa, entre outros (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

Nesta pesquisa, como já mencionando, as sessões iniciais da AT foram realizadas em mais de uma sessão (Esmeralda teve duas sessões, Safira teve três e Rubi teve duas) devido a necessidade de explorar melhor o conteúdo das perguntas trazidas pelas clientes. O número de sessões dessa etapa pode explicar a alta frequência dos fatores de mudança logo nas sessões

iniciais nos três casos. Já que estudos (ASCHIERI; SMITH, 2012; FINN, 2017; FINN; TONSAGER, 1992; KAMPHUIS; FINN, 2018; NEWMAN; GREENWAY, 1997; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013) tem apresentado as sessões de intervenção, de resumo e discussão e a de acompanhamento como as que mais se observa fatores de mudança para as clientes. Mesmo assim, este estudo, acredita no potencial terapêutico que as sessões iniciais apresentam para o processo, pois é o início da construção da relação terapêutica e todo o restante do processo irá depender do desenrolar dessa etapa.

Quanto aos índices, a participação ativa foi observado nas três participantes em todas as etapas do processo. Esse índice está representado nas atitudes de motivação, de reconhecer as necessidades, de mostrar-se aberta para construção da relação terapêutica, de confiança e de expectativa quanto aos resultados do tratamento. São comportamentos que demonstram o interesse na avaliação, destaca a autorresponsabilidade pelo processo e possibilita um papel ativo no tratamento (HONDA; YOSHIDA, 2013; ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008).

É necessário, em um contexto de VPI, que a avaliação inclua essa mulher no processo, dando importância e validando a situação de dor, de sofrimento e de crenças pessoais que se apresentam na fala dessa mulher (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019), ou seja, considerar a mulher parte do processo é garantir que, talvez, pela primeira vez essa mulher poderá ser escutada. É validar o seu contexto de sofrimento. E é possibilitar o interesse e a adesão à avaliação.

Um dos diferenciais e dos destaques da AT, enquanto processo de AP interventiva e colaborativa, é considerar a cliente colaboradora e participante ativa no processo (VILLEMOR-AMARAL, 2016; VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018). Para a AT, a cliente é quem mais sabe sobre seu contexto de vida, por isso, ela é convidada a estabelecer o foco avaliativo pelas perguntas, a conversar sobre os resultados dos testes relacionando a aspectos seus e de seus relacionamentos e a refletir sobre suas dificuldades, estratégias e possibilidades de continuação do processo de mudança (FINN, 2017; FINN; TONSAGER, 1997). Isso significa afirmar, que a AT inclui e necessita do apoio da cliente em todas as suas etapas, dando responsabilidade a cliente por seu processo de mudança.

O índice reflexão foi o de maior frequência de conteúdo em todas as etapas nos três casos e na própria categoria. Etapas com mais de uma sessão ocasionam mais conteúdo e mais reflexões como já observado. Então, é importante perceber que as etapas de única sessão, como a de resumo e discussão e de acompanhamento, apresentaram também alta frequência de

conteúdo para reflexão nos três casos. Segue um exemplo de uma fala da participante Esmeralda que representa o índice reflexão,

E: [...] durante o processo eu fiquei muito inquieta [...] não que eu me senti...a minha inquietude era assim mais porque realmente me deixava várias interrogações. E eu ía refletir muito em relação ao que estava me inquietando, entendeu? E aí, com isso eu fui me descobrindo [...]. E aí, eu concordo com várias coisas que tinha lá na carta que eu não identificava antes. Eu poderia até fazer, mas assim [...] fazer agir, mas era meio que eu agia assim instintivamente, só que agora eu tenho consciência [...] (Esmeralda, etapa de acompanhamento).

A reflexão foi caracterizada pelo ato de reconhecer as dificuldades experienciadas (YOSHIDA, 1998), ter momentos de insights (ISOLAN; PHEULA; CORDIOLI, 2008), compartilhar o que sentia, questionar-se e (re)avaliar a si e ao ambiente relacionado aos dilemas e à ampliação do autoconhecimento (HONDA; YOSHIDA, 2012; YOSHIDA, 2002). Dessa forma, o fator reflexão se mostra o principal fator de mudança, que possibilita ao indivíduo promover mudanças, inclusive na autoestima, ao rever valores sobre si, sua autoimagem e concepções sobre suas habilidades, potencialidades e capacidades.

Sessões como as Iniciais, as de Teste Padronizados, de Intervenção e de Resumo e discussão tem em sua base a reflexão pela cliente, seja por gerar perguntas sobre seus dilemas, por responder instrumentos que estimulam pensamentos, por discutir esses pensamentos no inquérito estendido, por buscar compreender e lidar com as dificuldades ou ainda, por discutir o que foi avaliado sobre aspectos da personalidade, do comportamento ou das relações que possam ser discutidos a partir dos resultados avaliativos (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018). Assim, a reflexão é um fator que é estimulado em todas as etapas da AT e que impacta no processo de mudança.

As clientes ao descobrirem novos aspectos de si ou ao reavaliarem crenças que possuem sobre si mesmas ativam mecanismos de mudança presentes na AT, como de autoverificação, de autoaperfeiçoamento e de autoeficácia (FINN; TONSAGER, 1997), ou seja, mecanismos que possibilitam as clientes novos conhecimentos sobre si e que servirão de suporte para seus sentimentos e suas atitudes diante do sofrimento enfrentado (KRAUSE *et al.*, 2006) e assim, possibilitando mudanças na autovalorização de si mesmas (DUROSINI; ASCHIERI, 2021), isto é, na autoestima.

O índice enfrentamento aparece nos três casos em todas as etapas da AT, com maior frequência no início do processo [Fe=25; Fs=110; Fr=43] e reduzido no final da avaliação [Fe=8; Fs=14; Fr=2] nos três casos. Assim, diferentemente dos outros índices dessa categoria, esse índice diminui no decorrer das etapas da AT.

Quanto à forma de enfrentamento durante o casamento, as três participantes buscaram o diálogo inicialmente, mas trouxeram que, cada vez mais, as discussões se tornavam mais intensas à medida que o tempo de relacionamento passava. Esmeralda, transitou entre dialogar, discutir e calar-se para evitar a violência psicológica ou situação pior. Enquanto, Safira sentia que não era escutada e que sua força era desvalorizada pelo ex-parceiro, o que a levava ao extremo de reagir de forma agressiva a violência psicológica que sofria. E Rubi buscava sempre o diálogo e evitava situações que pudessem piorar a violência física que sofria, acreditava que sua forma de enfrentar estava relacionada com sua criação e pela violência que sofreu na família de origem.

O enfrentamento é um fator relacionado à forma como a pessoa lida com a dificuldade sentida (HONDA; YOSHIDA, 2013) e engloba atitudes de flexibilidade, de adaptação (HONDA; YOSHIDA, 2012), de expressar, de experienciar e de gerar estratégias. Para isso, é necessário que haja investimento pessoal e utilize, se necessário, apoio externo para conseguir enfrentar a situação. Dessa forma, o indivíduo inicia um processo de mudança diante dos seus dilemas, buscando reduzir as dificuldades sentidas (HONDA; YOSHIDA, 2012; YOSHIDA, 2002).

A partir do relato das participantes, compreende-se que teve o ato da briga, que levou a tentativa de diálogo pela participante, que não foi aceita e compreendida pelo ex-marido, o que intensificou o diálogo, gerando uma discussão que não foi resolvida, mas resultou em uma mulher que se cala ou que se sente desvalidada. Diante da forma de enfrentamento apresentada pelas participantes, é possível fazer um comparativo com o ciclo da VPI que segue de discussões, de violências e de apaziguamento (CARNEIRO *et al.*, 2019).

Nessa situação do ciclo, há uma relação, há um casal, e existem duas pessoas que provocam uma dinâmica de violência. E nessa dinâmica, um sai mais ferido que o outro. A violência torna a relação desigual (RAFAEL; MOURA, 2014), enquanto um briga para mostrar poder e controle, o outro discute para existir, para ser escutado e para manter a relação. Então, a mulher (que reage) age como forma de se defender e de sobreviver identitariamente nesse tipo de relação (RAFAEL; MOURA, 2014). Dessa forma, calar-se para não continuar e/ou intensificar as brigas ou reagir de forma agressiva para ser validada foram formas de enfrentar a violência para continuar o relacionamento, além de ser atos de ação que espelham a esperança de que parceiro possa escutá-las e, assim, mudar suas atitudes.

A seguir, foram expostos alguns momentos em que Safira falou das formas de enfrentamento que realizava quanto à dificuldade que sentia ao interagir com o ex-marido após

a separação e as mudanças que foram ocorrendo nas estratégias e na dinâmica de enfrentamento durante a avaliação.

S: [...] como antes, recém-divorciada, cada um em uma casa, a gente brigava horrivelmente pelo *what's app*, que eu bloqueei de vez. [...] Aí, eu tento buscar o controle ali de qualquer forma antes de ligar. Respirar, bebo uma água, respiro, mentalizo o que eu vou falar e o quê que vai vir de resposta pra ver como é que eu consigo melhor me sair, sem ter que explodir. (Safira, etapa de sessão inicial).

S: [...] aí eu tô aqui pensando como é que eu vou chegar...e pedir a Deus que a pessoa (ex-marido) esteja num bom dia. Vou falar, né, “tem que voltar a ser do jeito que era”, eu tenho que ter um ritmo (de vida) [...]. Vou ter que dar uma jeito de falar e me preparar pro pior. (Safira, etapa de testes padronizados)

S: o que eu gostaria é de quando tivesse que me relacionar com ele [...] d’eu não me sentir [...] eu gostaria que fosse mais leve [...] nas últimas ligações que ele tem feito eu senti um pouco isso. [...] ah, eu consegui falar o quê que eu acho. (Safira, etapa de intervenção).

S: [...] mas as últimas vezes, que a gente se falou, realmente foi bem mais tranquila. [...] ele até me escuta. (Safira, etapa de resumo e discussão).

S: um dia antes [...] “eu vou ligar pra ele, porque eu tenho que falar mais” [...] aí, liguei. [...] “tô ligando, porque eu preciso aqui também falar o que eu tô pensando, o que eu tô sentindo” [...]. aí, eu falei tudo o que eu queria falar, como ele deveria falar (com a filha sobre a mudança de estado). [...] aí isso...eu me aliviei um pouco, né, porque eu consegui falar isso pra ele. Ele me escutou. [...] aí, eu fiquei mais aliviada depois que eu conversei. (Safira, etapa de acompanhamento).

Pela teoria discutida até o momento sobre a AT, esperava-se que esse índice fosse mais bem observado a partir da ou em maior frequência na etapa de intervenção, em que se propõe ao cliente refletir e experienciar a dificuldade observada e relacionada com as perguntas avaliativas (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018). Porém, o que se observou é que esse índice teve mais conteúdos nas sessões iniciais. Supõe-se que o próprio contexto de VPI se relacione diretamente a esse índice de enfrentamento, pois são mulheres que necessitaram gerar estratégias de enfrentamento contra a violência ainda durante o casamento.

Reagir a violência com violência (RAFAEL; MOURA, 2014; SOUTO; BRAGA, 2009), o se calar (MONTEIRO; SOUZA, 2007), o divórcio, os processos jurídicos (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010) são todos exemplos de enfrentamento que essa mulheres tiveram que realizar para sobreviver e se defender das violências que sofriam. Talvez, a ótica que devemos encarar quanto a esse índice e o processo de AT, é que à medida que as clientes foram passando pelas etapas da AT foram aprendendo a reformular e criar estratégias mais efetivas, e por isso, a redução desse índice no final da etapa. Isto possibilita sugerir que,

ao final da AT, as participantes encontraram formas de enfrentamento mais saudáveis e efetivas para enfrentar suas dificuldades, como observado nos exemplos da participante Safira.

O índice momento de mudança foi observado em todas as etapas da AT, mas sendo elevado em etapas diferentes a depender do caso. No caso Esmeralda, ele aparece com maior frequência de conteúdo na sessão de testes padronizados, no caso Safira teve maior frequência na sessões iniciais e no caso Rubi, na sessão de acompanhamento. A partir dos testes, Esmeralda conseguiu acessar diferentes comportamentos seus diante das suas interrelações, enquanto Safira, diante da formulação das perguntas, iniciou o processo de gerar estratégias para lidar com a interação com o ex-marido, o que se mantém durante toda a avaliação. E Rubi apresentou efetivas mudanças de comportamento quanto a si e às suas relações pessoais na etapa de acompanhamento. A seguir, um exemplo de mudança tido pela participante Esmeralda, que iniciou o processo como muita dificuldade de se desvincular emocionalmente do ex-marido.

E: as estratégias, eu estou com elas bem efetivas. A questão do meu relacionamento com o (ex-marido), eu vejo assim ele o pai do meu filho e a gente tem um respeito mútuo [...] a expectativa dele é da gente voltar, só que eu deixo claro que não tem volta [...] descarto qualquer possibilidade dessa tentativa. E [...] eu tenho muito orgulho do meu filho [...] de ver, assim, o que eu posso ser de referência pra ele. (Esmeralda, etapa de acompanhamento).

Os momentos de mudança são situações percebidas no setting terapêutico que sinalizam mudança de pensamentos, de comportamento e de atitudes da pessoa (HONDA; YOSHIDA, 2013) frente seus dilemas, suas dificuldades e seu sofrimento. Esses momentos são influenciados pelos outros fatores de mudança da cliente, e representam o próprio ato do processo de mudança tido pela pessoa.

Como já abordado todas as etapas da AT estimulam fatores de mudança do cliente, logo todas as etapas são capazes de possibilitar momentos de mudança. Por exemplo, a própria formulação das perguntas avaliativas possibilita a cliente a reflexão e a expressar a dificuldade sentida, além de despertar a curiosidade do que poderá ser resultado no final. Ademais, ao questionar a cliente sobre a resposta mais difícil ou o que espera encontrar na avaliação é também estimular a pessoa a ir mais além do que já sabe sobre o seu problema (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

As sessões de testes padronizados permitem a cliente reconhecer aspectos seus e pensar sobre eles quando respondem, por exemplo, aos testes de autorrelato, e/ou durante os projetivos, podendo projetar situações relacionadas às vivências experienciadas, as tornando mais reais no campo da consciência (FINN, 2012). E durante o inquérito estendido essas pré-

reflexões podem ser aprofundadas. Então, por ser um etapa que utiliza a técnica multimétodo, junto ao inquérito estendido, potencializa efeitos de ampliação de consciência sobre si, seus dilemas e suas relações (FINN, 2012; FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018).

Enquanto, a sessão de acompanhamento foca nas mudanças percebidas e tidas após o processo. Então, é uma sessão que busca abordar conteúdos de momentos de mudança. Além disso, a terapeuta e a cliente se mantêm em colaboração pensando em como ampliar essas mudanças e dar continuidade a elas após o encerramento do processo (FINN, 2017; KAMPHUIS; FINN, 2018). Em suma, a depender do foco e das atitudes da terapeuta e da cliente, a AT seria capaz de provocar momentos de mudanças benéficos desde sua primeira etapa a sua última etapa. E por se basear em princípios que valorizam o respeito, a empatia, a confiança e a colaboração, a cliente se sente segura para experienciar e para se permitir à essas mudanças, confiando no processo como um apoio.

5.2.2.4 Categoria Autoestima

A categoria autoestima foi composta por dois índices que representavam a autoestima e correlatos positivos e a autoestima e correlatos negativos relacionados aos conteúdos de boa e de baixa autoestima respectivamente. No geral, observa-se que os conteúdos de baixa autoestima estavam elevados no início do processo [Fe=23; Fs=71; Fr=21] e que esses conteúdos foram reduzidos [Fe=10; Fs=2; Fr=9] no final do processo. No caso Esmeralda, não houve conteúdo de boa autoestima na etapa de sessão iniciais, ocorrendo o aumento do índice nas etapas seguintes. Enquanto, houve baixa frequência de conteúdos de boa autoestima para os casos Safira e Rubi durante todo o processo. Seguem exemplos do que foi considerado conteúdo de baixa e de boa autoestima respectivamente.

E: às vezes, eu penso assim [...] é um sentimento de perda. Aí, quando eu falo perda é...por um momento eu perdi minha identidade, por um momento eu deixei de ser eu. Eu ainda não sou eu. (Esmeralda, etapa de testes padronizados).

E: eu me sinto transformada, fortalecida, dona de mim. Eu estou muito contente. Eu só tenho que, assim, às vezes, pensar mais em mim, realmente. [...] às vezes, eu ainda penso muito no outro, mas eu acho que isso daí é uma atividade que tem que ser treinada, né, tem que ser exercida. Eu tava tão acostumada a viver, né, me adaptando pelo outro, que assim, é um processo que eu tenho que desfazer aos poucos, né. (Esmeralda, etapa de resumo e discussão).

O índice autoestima foi caracterizado como uma autoavaliação que a pessoa faz de si, considerando suas capacidades, potencialidades, habilidades, caracterização e imagem (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Por isso, relacionou-se a autoestima ao autoconceito e à autoimagem, os tratando como um mesmo fator para representar a autoestima nesta dissertação.

O indivíduo apresenta boa autoestima quando reconhece seu valor e competência. Pode-se somar a boa autoestima ter boa flexibilidade adaptativa, conseguir gerar estratégias em momentos conflituosos e se mostrar aberto para mudanças e para ressignificações de experiências. Quanto à baixa autoestima representaria as situações contrárias a boa autoestima, como visão negativa e distorcida de si, anulação de necessidades, sentimentos de medo, de inferioridade e de incapacidade, tendo dificuldade de enfrentamento, de comunicação de sentimentos e de interação social (HUTZ; ZANON, 2011; SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Situações essas, muito frequentes no contexto de quem vivencia VPI.

Um leitura geral, então, que se pode realizar do quadro de autoestima das participantes com as demais categorias da análise é que a AT possibilitou a diminuição de conteúdos que fragilizavam a autoestima, permitindo as participantes reduzirem a sintomatologia quanto ao trauma e aos fatores emocionais da VPI. Além disso, todas as participantes geraram estratégias mais efetivas durante o processo, o que possibilitou melhor enfrentamento diante da violência. E se considerarmos que uma boa autoestima é também conseguir gerar estratégias de enfrentamento e estar aberta a mudanças, os resultados desses índices da categoria de mudança mostram-se satisfatórios para as três participantes quanto à relação com a autoestima, colaborando para a diminuição do conteúdo de baixa autoestima.

Mulheres que sofrem VPI tendem a apresentar a autoestima fragilizada (MONTEIRO; SOUZA, 2007) devido aos fatores de risco (OMS, 2012), principalmente o referente aos transtornos mentais, que engloba situações de trauma, de ansiedade e de depressão. A própria dinâmica da violência (CARNEIRO *et al.*, 2019) de exposição e de sobreposição dos tipos de violência, dos papéis de gênero e da transgeracionalidade contribuem para o risco de outros fatores de ordem emocional ocorrerem (DOURADO; NORONHA, 2014; FAUR, 2012; SOUTO; BRAGA, 2009), como o medo, a culpa, a vergonha, a esperança, a raiva e a dependência emocional. Ademais, apresentar baixa autoestima aumenta o risco para se envolver em relacionamentos afetivo-sexuais com violência e potencializa as consequências de fragilização da autoestima (PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017) por meio dos fatores de risco e emocionais.

Observa-se que todas as situações de boa autoestima estão relacionadas com os fatores de mudança do cliente, os quais são frequentemente estimulados no processo de AT (ver Quadro 2, p.34). Por isso, a AT se mostra capaz de promover mudanças positivas na autoestima (DUROSINI; ASCHIERI, 2021; FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997), por sua estrutura que reúne diferentes técnicas (FINN, 2017; FINN; TONSAGER, 1997; KAMPHUIS; FINN, 2018; VILLEMOR-AMARAL, 2016), como entrevista, multimétodo para testes psicológicos, inquérito estendido, intervenção, resumo e discussão dos resultados e acompanhamento, possibilitando a cliente explorar diferentes mecanismos e fatores de mudança que mobilizam a autopercepção e o autoconhecimento, o que influencia na autoestima. Por isso, a AT tem se mostrado eficaz em diferentes contextos, como os de trauma (FINN, 2012; TAROCCHI *et al.*, 2013; VILLEMOR-AMRAL; FINN, 2020) além de considerar o cuidado e o trabalho com situações de medo, de vergonha e de culpa (FINN, 2019; KAMPHUIS; FINN, 2018) que podem influenciar na fragilização da autoestima.

5.2.3 Avaliação da AT e da Relação Terapêutica pelas clientes

Os resultados referentes a avaliação da AT e da relação terapêutica pelas clientes, foram agregados a análise do processo de mudança durante a AT, servindo de aporte para os resultados apresentados pela análise de conteúdo do processo. Os resultados foram obtidos pela aplicação dos instrumentos QA e WAI, apresentados nas Tabelas 3 e 4 respectivamente, e contemplam o segundo objetivo específico desta dissertação, as saber, averiguar a avaliação e a relação terapêutica pela perspectiva do cliente após o processo de Avaliação Terapêutica.

Tabela 3 – Comparativo dos resultados da avaliação da AT de cada caso

FATORES	NOTA DE CORTE	RESULTADOS		
		ESMERALDA	SAFIRA	RUBI
Nova Autoconsciência/compreensão	Baixo: 13 Alto: 65	60	51	51
Espelhamento preciso positivo	Baixo: 12 Alto: 60	54	38	48
Relação positiva com o avaliador	Baixo: 12 Alto: 60	49	53	53
Sentimentos negativos	Baixo: 11 Alto: 55	24	24	24
Satisfação Total	Muito insatisfeito: 1 Muito satisfeito: 5	4,27	3,83	4,10

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto à avaliação da AT, as três participantes sentiram que aprenderam informações novas sobre si mesmas, que foram acolhidas e respeitadas pelas terapeutas e que tiveram uma boa relação com as psicólogas. As três mulheres apresentaram poucos sentimentos negativos quanto à AT e demonstraram estarem satisfeitas com a avaliação.

Ressalta-se que, ao final do processo, as três participantes reconheceram a participação na AT como positiva para o seu processo de enfrentamento à violência e de mudança. Esmeralda trouxe que a avaliação foi o apoio que necessitava naquele momento e que a ajudou a conquistar as mudanças que almejava, pois se redescobriu durante o processo avaliativo. Safira e Rubi expressaram que foi um processo leve e que as permitiu refletir sobre as situações vivenciadas durante o casamento. Além disso, todas demonstraram interesse em continuar o processo de autoconhecimento em psicoterapia a longo prazo.

S: eu gostei também (da avaliação). Eu achei que que foi bem, bem, assim, digamos que leve, né. Porque eu nunca...depois de todas as questões, minhas questões, nunca que eu parei assim, né, de fato pra tá avaliando, conversando, pautando. Nunca tive, aí essa oportunidade que eu peguei, né [...] eu disse “quero” (sobre o convite para participar da pesquisa) [...]. aí, eu achei assim bem leve. [...] é faz a gente lembrar, né, que a gente tem que pautar as coisas, a gente tem que trazer e realmente pensar, mas...agora, hoje, né, por exemplo, tô bem mais...bem diferente, bem diferente, né. (Safira, etapa de resumo e discussão).

R: achei ótimo o processo, achei que me ajudou muito, pretendo continuar com a terapia assim que possível. Achei o relatório muito conciso, muito abrangente, pegou tudo realmente que a gente...as nossas conclusões, né. E fiquei feliz de ter participado também, espero que a pesquisa seja produtiva, né. (Rubi, etapa de acompanhamento).

Esses resultados são importantes, pois possibilita a AT a atuar como estratégia de apoio para contextos de violência, principalmente, com pessoas que possam ter situações de trauma e que apresentem fragilidade na autoestima (TAROCCHI *et al.*, 2013). O processo avaliativo, dependendo da forma que for conduzido, pode reviver situações traumáticas e aumentar a fragilidade emocional sentida por essas mulheres (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019). Por isso, é importante que o processo possibilite o acolhimento, cuidado e respeito, além de ajudar nas reflexões e nas formas de enfrentamento. Dessa forma, a mulher consegue olhar para além da própria violência, compreendendo o contexto e a experiência de violência vivenciados e dando novos sentidos para si, para as suas relações e para a sua rotina de vida (ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018; GOMES *et al.*, 2014).

Há também de se considerar que a AT é um processo curto e, mesmo assim, promove bons resultados de mudança durante e após a avaliação. Ao participar do processo de AT as clientes se motivam a dar continuidade ao que foi descoberto e as mudanças iniciadas

em outros processo de psicoterapia. Então, a AT mostra sua potencialidade terapêutica também para motivação das clientes para iniciar outras formas de tratamento (DUROSINI; ASCHIERI, 2021).

Tabela 4 – Comparativo dos resultados quanto à Relação Terapêutica de cada caso

FATORES	NOTA DE CORTE	RESULTADOS		
		ESMERALDA	SAFIRA	RUBI
Tarefa	Baixo: 12 Alto: 84	83	75	84
Vínculo	Baixo: 12 Alto: 84	78	82	78
Objetivo	Baixo: 12 Alto: 84	82	71	78
Relação Terapêutica	Baixo: 36 Alto: 252	243	228	240

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto à relação terapêutica, as três participantes tiveram boas pontuações para os fatores tarefa, significando que as tarefas foram compreendidas e realizadas por elas. Também tiveram boa pontuação para o fator vínculo, significando que sentimentos de confiança, de aceitação, de empatia e de compreensão compartilhada foram percebidos pelas participantes por parte do terapeuta durante o processo. O fator objetivo também apresentou boa pontuação nos três casos, significando que as participantes tiveram os resultados esperados a partir dos objetivos acordados durante a avaliação. E, por fim, as três participantes apresentaram boas pontuações para o fator relação terapêutica, significando boa colaboração entre cliente e terapeuta. Segue alguns exemplos que possam representar a relação terapêutica.

E: porque assim, eu agradeço a Deus você [P1] na minha vida porque você me ajudou muito. Você me ajudou a me redescobrir. Assim, a força que eu precisava pra sair daquele relacionamento, pra eu pensar em mim, pra eu me redescobri. Porque assim, minhas atitudes hoje são totalmente diferentes, entendeu? Muito obrigada! (Esmeralda, etapa de acompanhamento).

R: (as perguntas avaliativas) com certeza mudariam, né, essa da tristeza eu nem sinto mais, né. A gente de certa forma respondeu, né, todas elas. Eu tô tentando pensar aqui se não tivesse nem elas, assim, se fosse hoje, né, se fosse começar as perguntas que seriam hoje. Hoje eu pensaria em outras perguntas que existem que nessa época aí nem tinham, essas daí eu acho que já foram sanadas. (Rubi, etapa de acompanhamento)

A relação terapêutica é um fator influenciado pelo contexto do tratamento, pelos fatores de mudança e por sentimentos que estimulam a relação entre a cliente e terapeuta. Dessa

forma, a relação terapêutica é um fator que possibilita mudanças para a cliente (HONDA; YOSHIDA, 2013; SERRALTA *et al.*, 2020). Para um bom vínculo terapêutico são importantes a presença de atitudes de respeito, de colaboração e de empatia, além do acordo e da clareza dos objetivos e das tarefas que serão realizados durante o processo (FINN, 2017; SERRALTA *et al.*, 2020). A relação terapêutica é um fator importante para situações de trauma e de violência, em que a mulher vem para a avaliação fragilizada e confusa diante de toda a dinâmica de violência vivenciada, por isso, é necessário um tratamento que possibilite apoio para enfrentar essas situações (ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018; GOMES *et al.*, 2014; ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

Para a AT, a relação terapêutica é objetivo, foco e papel terapêutico, isto é, a AT se preocupa em desde o primeiro contato com a cliente desenvolver e estimular o vínculo terapêutico por meio das perguntas avaliativas, da utilização dos testes, do compartilhamento de resultados, da escuta empática dos dilemas da cliente e de considerar a cliente como ser participante ativo e colaboradora na relação e no processo avaliativo (FINN, 2017; FINN; MARTIN, 2013; FINN; TONSAGER, 1997; KAMPHUIS; FINN, 2018; VILLEMOR-AMARAL, 2016; VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018). Assim, durante toda a avaliação, a relação terapêutica é estimulada pelos princípios teóricos, filosóficos e técnicos, contribuindo para que a cliente se sinta mais segura, confiante e respeitada diante da exposição dos seus dilemas e de suas fragilidades.

Em suma, a partir dos resultados apresentados por meio da análise de conteúdo das etapas da AT e do contexto de VPI, além da avaliação da AT e da relação terapêutica nos três casos, compreende-se que a AT possibilitou a redução sintomatológica relacionada principalmente as situações traumáticas vivenciadas pelas participantes e a diminuição do conteúdo de baixa autoestima. A estrutura da AT permitiu as clientes explorarem a experiência vivenciada por sofrer VPI, como reconhecer e refletir, principalmente, sobre a situação de trauma e os fatores emocionais da VPI, além de estimular fatores de mudança durante todo o processo avaliativo.

O ato de refletir e de enfrentar permitiu as participantes olharem para suas histórias e para si mesmas e compreender as estratégias e mudanças que necessitavam para suas rotinas de vida. Quanto à autoestima, foi possível observar a redução do conteúdo que fragilizava a autoestima dessas mulheres relacionados aos fatores de risco e emocionais da VPI, em consequência a diminuição do conteúdo de baixa autoestima. Assim, os dados sugerem que houve processo de mudança quanto à autoestima e como esse processo ocorreu. Buscando, ainda a confirmação desse processo de mudança quanto à autoestima a partir de outra

perspectiva, considerou-se necessária a verificação pré e pós-AT para a autoestima e para alguns fatores relacionados a ela, o que será mais bem abordado no tópico a seguir.

5.3 Processo de mudança pré e pós-AT

Para responder os três últimos objetivos específicos de verificar se houve mudanças na autoestima, nos seus correlatos, no fator de risco Transtorno Mentais e no fator dependência emocional da VPI após o processo de AT, aplicaram-se instrumentos antes e após o processo avaliativo. Esses resultados foram apresentados na Tabela 5, na qual se encontram cada instrumento utilizado, o fator avaliado, a nota de corte para cada instrumento e a pontuação obtida por cada participante pré e pós-avaliação.

Tabela 5 - Comparativo dos resultados dos instrumentos aplicados pré e pós-AT

INSTRUMENTOS	FATOR(ES)	NOTA DE CORTE	RESULTADOS					
			ESMERALDA		SAFIRA		RUBI	
			PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
EAR	Autoestima	Baixo: 10	25	39	29	28	37	36
		Alto: 40	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos
EAJF	Autoconceito	Baixo: 20	56	62	64	72	68	63
		Alto: 100	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos
EAI	Independente (A+)	Mín/fator: 12	39	57	64	60	70	72
	Interdependente (A-)	Máx/fator: 84	66	47	53	64	70	70
SRQ-20	Sofrimento Psíquico	A partir de 7	14	1 pontos	09	06	13	13
	Pensamentos Mágicos	Homem: 19	6	Zero	07	04	12	02
MIS	Ansiedade	Mulher: 20	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos	pontos
		Mín: 36			74	75	24	29
ECR	Evitação	Máx: 238			pontos	pontos	pontos	pontos
					70	77	75	77
PTCI	EPT	Mín: 36			128	113	105	93
		Máx: 252			pontos	pontos	pontos	pontos
Escalas Beck	BDI (depressão)	Leve: 12-19			14	17	15	15
	BAI (ansiedade)	Mínimo: 0-10			06	09	08	12
Beck	BHS (desesperança)	Leve: 11-19			pontos	pontos	pontos	pontos
		Mínimo: 0-4			07	02	05	05
	BSI (suicídio)	Leve: 5-8			pontos	pontos	pontos	pontos
		-			Zero	Zero	Zero	Zero
					pontos	pontos	pontos	pontos

E para saber se os resultados apresentados na Tabela 5 representaram mudanças confiáveis para as participantes após AT, organizou-se a Tabela 6 com o cálculo do IMC de cada fator por caso. Os resultados foram classificados de acordo com o grau de confiança (CG), podendo apresentar ausência de mudança (AM), mudança positiva confiável (MPC) e mudança negativa confiável (MNC).

Tabela 6 – Comparativo dos resultados do IMC nos três casos

INSTRUMENTOS	FATOR	RESULTADOS IMC					
		ESMERALDA	GC	SAFIRA	GC	RUBI	GC
EAR	Autoestima	5,12	MPC	-0,37	AM	-0,37	AM
EAJR	Autoconceito	1,55	AM	2,07	MPC	-1,29	AM
EAI	Independente (A+)	1,12	AM	-0,25	AM	0,12	AM
	Interdependente (A-)	-2,23	MPC	1,29	AM	0,00	AM
SRQ-20	Sofrimento psíquico	-7,77	MPC	-1,79	AM	0,00	AM
MIS	Pensamentos mágicos	-3,41	MPC	-1,70	AM	-5,68	MPC
ECR	Ansiedade ao apego			0,04	AM	0,22	AM
	Evitação ao apego			3,13	MPC	0,89	AM
PCI	EPT			-3,26	MPC	-2,61	MPC
ESCALAS BECK	BDI (depressão)			10	MNC	0,00	AM
	BAI (ansiedade)			4,74	MNC	6,32	MNC
	BHS (desesperança)			-7,22	MPC	0,00	AM

Fonte: elaborado pela autora.

E, por fim, para agregar os resultados dos instrumentos aplicados pré e pós-AT, no Quadro 10, apresentou-se a resposta quanto à autopercepção das clientes de como acreditavam que estavam suas autoestimas no momento da entrevista de triagem e da sessão de acompanhamento.

Quadro 10 - Respostas das clientes quanto as suas percepções sobre a autoestima

Cliente	Pergunta “ <i>Como você percebe sua autoestima...</i> ”	
	Triagem	Sessão de Acompanhamento
	<i>...hoje após o relacionamento?</i>	<i>...hoje após o processo de AT?</i>
Esmeralda	“Fragilizada e abalada”, não tendo disposição para realizar exercícios, como ir à academia.	“Hoje eu me sinto bem comigo mesma, a minha autoestima, assim, melhorou bastante consideravelmente. E eu acho assim, tudo na vida a gente prioriza, certo? E assim, eu estou priorizando a mim mesma, em muitos aspectos, entendeu? Não somente a questão física, mas a questão de eu ter autonomia das minhas escolhas. Porque, muitas vezes, eu ia fazer algumas escolhas era pensando no outro, entendeu? Agora eu me arrumo para mim. E assim, eu vejo sempre essa questão das prioridades, eu sempre estou procurando colocar a prioridade em mim, entendeu? E eu não me vejo mais egoísta em relação a isso”.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 10 - Respostas das clientes quanto as suas percepções sobre a autoestima (conclusão)

Cliente	Pergunta “Como você percebe sua autoestima...”	
	Triagem ...hoje após o relacionamento?	Sessão de Acompanhamento ...hoje após o processo de AT?
Safira	“Melhorou quando comparada durante o relacionamento, diria que está 50%. Porém, ainda está confuso. Eu não me olho nem no espelho. Não tenho espelho em casa, as coisas não voltaram ao normal, mesmo após dois anos”.	“Melhorou 15%. Passei a fazer atividade [física]. Tem a pandemia também. Essa situação toda de você ficar muito em casa acaba influenciando também, né”.
Rubi	“Já superei, hoje ela está boa. Entendo que não preciso ter a aprovação do outro. Por exemplo, me obrigava a estar sempre arrumada, pois me sentia vigiada. Assim, me cobro menos, estou mais complacente comigo mesma. Logo depois do relacionamento, eu fiquei satisfeita por conseguir reagir, até pensando na educação que recebi da minha mãe. Consegui colocar limites e impor o que eu quero. Porém, também fiquei com muito medo após a separação, além dos processos que eu lia o que ele falava sobre mim, as mentiras que ele contava para justificar os atos agressivos”.	“Eu acho que nos últimos dias, nos últimos tempos, eu acho que minha autoestima tá baixa. Eu tô me sentindo mal, assim, fisicamente tanto esteticamente, quanto de energia, de vigor mesmo, né, de energia, de capacidade de fazer bem as coisas, sentido que esse ano foi só escolha errada, foi muita decisão muito impulsiva, assim, comprar apartamento, comprar cachorro. Várias coisas que eu fui fazendo assim que deram errado, com essa sensação de não [...] tá pensando direito. Então, tenho pensado...tenho essa sensação tanto fisicamente quanto de vigor, quanto de mental mesmo, de tá ineficiente nesses aspectos todos”.

Fonte: elaborado pela autora.

De forma geral, quanto à autoestima e seus correlatos (autoconceito e autoimagem) apenas Esmeralda e Safira apresentaram mudanças confiáveis em um dos fatores. Ambas as clientes percebiam suas autoestimas antes do processo fragilizadas, apresentando situações de disposição física (Esmeralda) e de autoimagem (Safira). Após a AT, Esmeralda disse que sua autoestima melhorou, pois passou a priorizar mais suas necessidades, e Safira relatou uma melhora de 15% quanto a sua autoestima.

A melhora de autoestima para Esmeralda pode refletir a diminuição do sofrimento psíquico e os pensamentos mágicos, já que muito do sofrimento e dos pensamentos fantásticos apresentado pela cliente se relacionavam com o seu foco na necessidade do outro e com corresponder o que ela acreditava ser essa necessidade, como observado nos resultados da avaliação da cliente. Ao aprender a forçar mais em si e em suas necessidades, Esmeralda se permitiu se redescobrir, ampliando seu autoconhecimento quanto as suas capacidades e potencialidades e aprendendo a se valorizar mais.

A melhora de autoestima da Safira pode se relacionar com o aumento da evitação de apego, que significa diminuir a dependência emocional, com a diminuição do estresse pelo trauma e com a diminuição da desesperança. O interessante é que o fator relacionado da autoestima que houve mudança para Safira foi em autoconceito, o que foi bastante abordado na questão da cliente quanto ao sentido de ser uma pessoa fraca. A dependência emocional apesar de não reconhecida pela cliente estava presente quando ela se colocava dependente do estado de humor do ex-marido na interação com ele. A partir do momento em que Safira começou a elaborar estratégias que pudesse manter o que pensava sem alterar seu estado emocional passou a aumentar (indiretamente) a sua independência do ex-marido. Além disso, Safira iniciou a avaliação se sentindo fragilizada e sem acreditar que a situação vivenciada poderia mudar. As mudanças que conseguiu realizar a partir das estratégias de enfrentamento permitiram Safira esvaziar um pouco o sofrimento que carregava, o que reverberou no EPT e nos sintomas de desesperança.

Entretanto, após a AT Safira apresentou aumento na depressão e na ansiedade o que pode estar relacionado com a condição de pandemia por Covid-19, como relatado pela cliente. Lembra-se também que Safira necessitava investigar questões biológicas quanto aos hormônios, que apresentavam desregulação desde o pós-parto da participante e que poderiam influenciar também no estado físico e na oscilação de humor sentidos por ela.

Enquanto Rubi, diferente das outras participantes, não apresentou nenhuma mudança quanto a sua autoestima e correlatos após a AT. A cliente iniciou a avaliação considerando ter uma boa autoestima, se valorizando mais e tendo capacidade de enfrentamento, mesmo que sentisse medo das atitudes do ex-marido após a separação. Das três participantes, Rubi era a que tinha melhor pontuação no início da AT quanto à autoestima, o que se manteve no final do processo, mesmo que, pelo relato da cliente, ela acreditasse que sua autoestima estava baixa devido ao incômodo sentido com alterações físicas pelo avançar da idade e por decisões que teve durante o ano de 2021.

E apesar de ausência de mudança para autoestima, Rubi apresentou diminuição dos pensamentos mágicos e do estresse ocasionado pelo trauma após a AT. Durante os dez anos após a separação, Rubi se permitiu pela primeira vez refletir as consequências de tantos anos sofrendo diferentes violências em variados contextos de sua vida, conseguiu explorar pelas perguntas situações que abordaram a VPI, seu mecanismo de defesa e suas relações pessoais. Além disso, Rubi pôde refletir melhor sobre si mesma e quais as suas necessidades atuais, como reconhecer que precisava de algo a mais na sua vida que a mobiliza-se positivamente. O aumento da ansiedade após AT pode ser relacionado ao momento em que a cliente vivenciava

de mudança de casa e de se permitir experienciar maior intimidade com o namorado, pois foram situações trazidas como mudança após o processo da AT, mas que provocavam ansiedade na participante.

Os estudos de eficácia e de efetividade em processos de psicoterapia apresentam o que uma intervenção pode possibilitar ao cliente e como ela realiza o que afirma produzir (BRUM *et al.*, 2012). Nesse sentido, os estudos de eficácia (DUROSINI; ASCHIERI, 2021; FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997) e de efetividade da AT (ASCHIERI; SMITH, 2012; DUROSINI; TAROCCHI; ASCHIERI, 2017; SMITH; HANDLER; NASH, 2010; TAROCCHI *et al.*, 2013) apontam a capacidade do processo de AT promover mudanças positivas quanto à sintomatologia e à autoestima. Quanto maior a abertura e motivação das clientes, melhor são os resultados proporcionados pela participação na AT (FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997), que se propõe a promover e possibilitar o desenvolvimento dos clientes, em que estes mesmo diante de um contexto de fragilidade, consigam elaborar novas perspectivas de enfrentamento e de mudanças (DUROSINI; TAROCCHI; ASCHIERI, 2017).

A AT contribui para ajudar as clientes a lidar, por exemplo, com a regulação emocional a partir dos resultados dos testes e da intervenção, auxiliando as clientes quanto aos estados de trauma, de tristeza, de desesperança, de dependência emocional e de raiva em um ambiente terapêutico que se propõe a ser seguro e de apoio. Além disso, incentiva as clientes a pensarem e gerarem estratégias para lidar com o sofrimento identificando mudanças durante o processo e as potencializando pelo compartilhamento dos resultados, os relacionando ao percebido durante a avaliação e as situações da rotina de vida apresentadas pelas clientes (DUROSINI; TAROCCHI; ASCHIERI, 2017).

A AT age nas percepções das clientes quanto a si mesmas e à relação terapêutica (DUROSINI; ASCHIERI, 2021). Essa ação é importante pois é o que mobiliza e motiva as clientes a participarem do processo. Ao torná-las curiosas do que poderão descobrir sobre si mesmas e dos seus dilemas, a AT ajuda a diminuir sintomas de ansiedade quanto à avaliação (FINN, 2017). Ademais, se basear em princípios de respeito, de abertura ao novo, de empatia e de confiança permite as clientes sentirem que suas demandas são consideradas importantes e diminui a vergonha e a desconfiança em relação à terapeuta (DUROSINI; ASCHIERI, 2021; KAMPHUIS; FINN, 2018).

Os princípios e a estrutura da AT mesclados são o que tornam a AT um processo potencializador de mudanças terapêuticas (DUROSINI; ASCHIERI, 2021). Por isso, se observa resultados como a diminuição da sintomatologia experienciada até em situações mais difíceis

de lidar e de cuidar, como trauma (TAROCCHI *et al.*, 2013), que deve ser tratado com muito cuidado, pois qualquer atitude dentro do processo pode reviver a situação traumática e aumentar o sofrimento das clientes (ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019).

Para se trabalhar com o trauma é necessário reconhecer o efeito do trauma na cliente, mecanismos de defesa, a situação emocional, habilidade e capacidade de enfrentamento e formas de relações interpessoais. A AT possibilita a terapeuta reconhecer algumas dessas questões já no início da avaliação por meio das perguntas avaliativas, as quais podem revelar situações relacionadas ao trauma (TAROCCHI *et al.*, 2013). A técnica multimétodo utilizada na etapa de testes permite ao avaliador acessar as experiências do trauma a partir do que a cliente já acessa e conhece (testes autorrelato) e do que ainda não está tão claro para a cliente (testes projetivos) (FINN, 2012).

A etapa de intervenção pode ajudar a cliente a lidar com o conteúdo do trauma, tendo a terapeuta como apoio. Além disso, a sessão de resumo e discussão também ajuda no trabalho com o trauma, por compartilhar os resultados colaborativamente com a cliente, além de possibilitar que ela dê os significados e as interpretações quanto ao que foi achado sobre a situação traumática. E a última etapa, ajuda a terapeuta e a cliente a abordar as possíveis mudanças que ocorreram quanto a situação traumática. Então, no geral, a AT possibilita dar início ao trabalho com a situação de trauma a partir de aspectos que possam se relacionar a essa situação, como raiva, medo, ansiedade, dependência emocional, vergonha e autoestima (TAROCCHI *et al.*, 2013), o que foi observado nos resultados desta dissertação até o momento.

E AT se mostra eficaz ao trabalhar a autoestima (DUROSINI; ASCHIERI, 2021; FINN; TONSAGER, 1992; NEWMAN; GREENWAY, 1997), pois por focar no crescimento do cliente, nas avaliações de suas demandas e na forma de compartilhar os resultados incentiva constantemente as clientes a olharem mais para si mesmas e para suas capacidades, potencialidades e habilidades, possibilitando as clientes a ampliação da autopercepção de si mesmas, o que influencia na autoestima. Durante o processo, a relação terapêutica, se propõe a estabelecer uma conexão entre terapeuta-cliente de crença na mudança que a cliente pode realizar. Assim, a terapeuta se coloca em posição de apoio permitindo a cliente a explorar suas próprias fragilidades e encontrar as respostas que mais fazem sentido para sua forma de ser, de pensar e de se relacionar (FINN, 2017).

Em suma, a literatura da AT aponta para a redução de fatores que se relacionam com a sintomatologia e com o trauma, além de proporcionar mudanças positivas para a autoestima. Dessa forma, os resultados pré e pós-AT, desta pesquisa, apresentaram que houve mudanças positivas para autoestima nos caso Esmeralda e Safira, enquanto o caso Rubi não

houve alteração. Houve redução na sintomatologia quanto ao sofrimento psíquico, EPT e desesperança. Apesar de Safira e Rubi apresentarem situações que podiam se relacionar com o aumento da ansiedade e/ou depressão, relembra-se que essas situações podem estar relacionados à fatores biológicos e contexto externo de pandemia e de mudança ambiental, não podendo ser relacionado diretamente a participação na AT. Assim, os resultados desta pesquisa apontaram que a AT pode sim provocar mudanças positivas na autoestima, como reduzir sintomas que podem fragilizar a autoestima, por exemplo, trauma, desesperança, dependência emocional e sofrimento psíquico.

6 CONCLUSÃO

A AT é um processo de avaliação psicológica interventivo e colaborativo que visa fornecer benefícios terapêuticos diretos e positivos a cliente. Sua semiestrutura é composta por seis etapas, a saber, sessões iniciais, testes padronizados, intervenção, resumo e discussão, devolutiva por escrito e acompanhamento. Todas as etapas utilizam diferentes métodos (indagações, testes de autorrelato e projetivos, intervenções, discussão dos resultados, fixação dos resultados e estímulo para a continuidade das mudanças) que focam em estimular fatores de mudança do cliente, como participação ativa, reflexão e enfrentamento das dificuldades enfrentadas. Além disso, junto a técnica há os princípios norteadores da AT que se baseiam, principalmente, no respeito, no compartilhamento, na empatia e na relação terapêutica. A AT, dessa forma, tem se mostrado eficaz na redução da sintomatologia e da melhora da autoestima, além de fornecer a cliente processos de mudança e de crescimento pessoal diante do seu contexto de vida.

A autoestima se mostra um fator de difícil acesso por estar relacionado com a forma como a pessoa se autovaloriza e percebe suas capacidades, potencialidades, habilidades, imagem. Além disso, é um fator que se relaciona e influencia outros fatores da personalidade de uma pessoa, por isso, a sua complexidade. Mulheres que vivenciaram VPI foram afetadas por diversos fatores que fragilizam também a autoestima, pois a dinâmica de violência faz essa mulher duvidar de si mesma, desvalidar-se, autorresponsabiliza-se, perder suas formas de enfrentamento, sentir medo, vergonha e culpa, e gerar mecanismo de defesa que as impossibilitam a se abrir para novas experiências, de sentir e de expressar seus pensamentos e emoções.

O contexto de VPI é complexo, dinâmico e multifatorial. Abordar a violência que ocorre em relacionamentos afetivo-sexuais é considerar a influência de diferentes fatores, como de risco e emocionais, que se mesclam e dificultam o entendimento e o enfrentamento de quem sofre a violência. O fator gênero se mostra o principal fator a naturalizar a violência contra a mulher e banalizar situações de violência psicológica, física e sexual nas relações afetivo-sexuais. O fator transtornos mentais apresenta-se como risco e consequência, pois o trauma, a ansiedade e a depressão podem dificultar a saída da relação, como influenciar na progressão da violência. Por isso, psicólogas apontam que o trabalho com mulheres que sofrem VPI deve considerar o cuidado, o acolhimento e o respeito, além de focar em técnicas que possibilitem refletir sobre a situação experienciada e gerar estratégias de enfrentamento efetivas. É importante considerar que são mulheres que perderam o direito de ser-em-uma-relação, logo,

apresentam a autoestima bastante fragilizada, sendo esse aspecto um dos principais pontos de trabalho nos processos psicoterápicos com mulheres que vivenciaram VPI, além da redução dos sintomas relacionados ao trauma.

Esta pesquisa, então, se propôs a responder à pergunta principal “Como a AT influencia na autoestima de mulheres que vivenciaram VPI?”, por meio da análise de conteúdo e da investigação pré e pós-AT, que permitiram observar o processo de mudança da autoestima durante e após a AT. Foi possível perceber que no início da AT, as participantes apresentaram mais conteúdos e fatores que fragilizavam a autoestima, e à medida que o processo decorreu esses conteúdos e fatores foram diminuindo. Em contraste, os fatores de mudança estiveram presentes em todas as etapas da AT, e apenas o fator enfrentamento diminuiu no decorrer do processo, o que sugere que as participantes puderam refletir melhores formas de enfrentar a situação de violência vivenciada.

A AT ao estimular a motivação de participação no processo, a reflexão das dificuldades e das formas de enfrentamento mais saudáveis possibilitou a redução do conteúdo de baixa autoestima nas três participantes. O que foi observado no IMC das participantes Esmeralda e Safira que apresentaram mudanças positivas confiáveis em fatores relacionados a autoestima diretamente, enquanto a participante Rubi não apresentou mudança quanto autoestima. Porém, essa participante desde o início do processo apresentava boa autoestima, o que foi mantido durante a avaliação. A AT reduziu situações de sofrimento nas três participantes, relacionados ao trauma, a dependência emocional, a desesperança e aos pensamentos mágicos.

Ressalta-se que apesar de Safira e Rubi apresentarem mudança negativa quanto a ansiedade e depressão, essa situação pode estar relacionada à situação de pandemia ou contextos externos outros que não estão ligados à participação no processo de AT. Nesse sentido, as próprias participantes trouxeram a AT como processo e estratégia de apoio para a situação de sofrimento vivenciados, o que enfatiza a capacidade da AT de trabalhar com pessoas que passaram por traumas e em contextos de violência.

Considerando as publicações nacionais e internacionais sobre o trabalho de AT no campo da violência, esse trabalho contribuiu para analisar o processo a partir da AT, além de mostrar como a AT pode servir como estratégia de apoio no contexto de violência em relacionamentos afetivo-sexuais. Ademais, esta pesquisa deu ênfase na capacidade da AT de estimular fatores de mudanças nas clientes, apresentando os principais fatores percebidos. Porém, reconhece-se que apesar dos bons resultados obtidos nesta pesquisa, que a potencialidade terapêutica do processo de AT possa ter sofrido influências do contexto de

pandemia por covid-19, momento em que os atendimentos presenciais ocorreram. Foram vários momentos de interrupção do processo, que o tornou mais longo que o necessário, o que pode ter provocado interrupções no fluxo contínuo de mudança estimulado ao longo das etapas.

Quanto à análise do processo de mudança geral estimulado pela a AT, reconhece-se que foram realizados diferentes cortes o que pode ter diminuído o aparecimento de outras contribuições da AT para as participantes, por exemplo, focar no conteúdo referente apenas a VPI e autoestima, quando se sabe que a AT explorou mais do que esse núcleo temático com as participantes. O próprio foco do processo de mudança apenas na cliente, não considerando a terapeuta também pode diminuir os achados quanto aos benefícios terapêuticos. Por isso, pensa-se que para trabalhos futuros, seria importante considerar o processo da AT como um todo, observando o que emerge quanto a AT e o contexto de VPI. Além disso, realizar a investigação do processo de mudança a partir da cliente e da terapeuta, o que ampliaria a visão da relação terapêutica, assim obtendo os três núcleos principais (cliente, terapeuta e relação terapêutica) de um processo de mudança no contexto de psicoterapias.

REFERÊNCIAS

- ADAMES, B.; BONFÍGLIO, S. U.; BECKER, A. P. S. Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v.13, n.2, p.1-12, 2018.
- ANDRADE, R. F. V. *et al.* Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n.3, p.1-9, 2015.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica Nª 04/2020** – Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- ARAUJO, A. C. *et al.* Measurement properties of the Brazilian version of the Working Alliance Inventory (patient and therapist short-forms) and session rating scale for low back pain. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, Amsterdam, v.1, s.n., p.1-9, 2017.
- ASCHIERI, F.; SMITH, J. D. The effectiveness of therapeutic assessment with na adult cliente: a sigle-case study using a time-series design. **Journal of Personality Assessment**, London, v.94, n.1, p.1-11, 2012.
- BARBOSA, L. M.; MURTA, S. G. Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. **Psico-USF**, São Paulo, v.20, n.1, p.75-85, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpressão da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.7, p.1-10, 2017.
- BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v45, n.2, p.365-372, 2011.
- BARROS, E. N. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.591-598, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 510/2016** – normas aplicáveis referente à pesquisa com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N°466/2012** – diretrizes sobre pesquisas e testes com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Lei nº11.340** – Criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Casa Civil, 2006.

BRUM, E. H. M. *et al.* Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, n.2, p.259-269, 2012.

BUENO, S. *et al.* **Visível e Invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 3ªed. Brasília: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

CARDOSO, B. L. A.; COSTA, N. Marital social skills and marital satisfaction of woman in situations of violence. **Psico-USF**, São Paulo, v.24, n.2, p.299-310, 2019.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Compreendendo a violência conjugal: um estudo em grounded theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.27, n.esp., p.1-10, 2019.

CARVALHO, M. R. S. *et al.* Interface entre a violência conjugal e o consumo de álcool pelo companheiro. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v.71, n.5, p.2237-2243, 2018.

CASTRO, P. F. Metanálise sobre o método de Rorschach: produções internacional e nacional. **Revista Educação**, Santa Maria, v.7, n.1, p.8-22, 2012.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº6** – regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício da profissão. Brasília, 2019.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº9** – diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica. Brasília, 2018.

CHUDZIK, L. Therapeutic Assessment of a violent criminal offender: managing the cultural narrative of evil. **Journal of Personality Assessment**, London, v.98, n.6, p.585-589, 2016.

CHUDZIK, L.; ASCHIERI, F. Clinical relationships with forensic clients: a three-dimensional model. **Elsevier**, Amsterdam, v.18, s.n., p.722-731, 2013.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência**: definições e tipologias. Curso Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, modalidade a distância. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

COLOSSI, P. M.; FALCKE, D. Implications of experiences in the Family of origin and infidelity in violence loving relationships. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v.27, n.2, p.339-355, 2019.

CONCEIÇÃO, H. N. *et al.* Violência contra a mulher por parceiro íntimo na pandemia de COVID-19: magnitude e fatores associados. **Research, Society and Development**, Itabira, v.10, n.12, p.1-10, 2021.

CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.2, p.171-180, 2008.

CRANO, S. L.; CRANO, W. D. BIAGGIO, A. M. B. Desenvolvimento de uma medida de autoconceito em português. **Educ. e Real**, Porto Alegre, v.8, n.3, p.33-44, 1983.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, J. A. **Manual em português das Escalas Beck**. 19ª reimpressão da 1ª edição de 2001. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.2, p.299-310, 2009.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. suplente, p.1163-1178, 2007.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.4, p.497-505, 2008.

DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.623-643, 2014.

DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p.2911-2920, 2015.

DUROSINI, I.; ASCHIERI, F. Therapeutic Assessment efficacy: a meta-analysis. **Psychological Assessment**, Washington, v.33, n.10, p.962-972, 2021.

DUROSINI, I.; TAROCCHI, A.; ASCHIERI, F. Therapeutic Assessment with a client with persistent complex bereavement disorder: a single-case time-series design. **Clinical Case Studies**, Colorado, v.16, n.4, p.295-312, 2017.

ECKBLAD, M.; CHAPMAN, L. J. Magical Ideation as an Indicator of Schizotypy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.51, n.2, p.215-225, 1983.

ESTRELA, F. M. *et al.* Aspectos demográficos e sociodemográficos de mulheres em situação de violência conjugal: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.1-8, 2016.

FAUR, P. **Amores que matam** – quando um relacionamento inadequado pode ser tão perigoso quanto usar uma droga. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

FERNANDES, S. B. *et al.* Avaliação Terapêutica como um modelo interventivo de Avaliação Psicológica: um estudo de caso. **Psico-USF**, São Paulo, v.26, n.3, 2021.

FERNANDES, S. B. **Therapeutic Assessment como recurso à saúde mental de professores**. 2019. 160f. Dissertação (Mestrado) - Curso de mestrado em Educação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

FINN, S. E. The history of and recente thoughts about assessment intervention sessions in Therapeutic Assessment. **The TA Connection**, Austin, v.3, n.2, p.4-11, 2015.

FINN, S. E.; TONSAGER, M. E. Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms. **Psychological Assessment**, Washington, v.9, n.4, p.374-385, 1997.

FINN, S. E.; TONSAGER, M. E. Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. **Psychological Assessment**, Washington, v.4, n.3, p.278-287, 1992.

FINN, S. E. **In our client's shoes**. Theory and techniques of therapeutic assessment. New York: Taylor and Francis Group, 2007.

FINN, S. E. **Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da Avaliação Terapêutica**. Tradução de Cecília Camargo Bartalotti. São Paulo: Hogrefe, 2017.

FINN, S. E. **O sentimento de vergonha no tratamento em Saúde Mental**. Palestra realizada na Universidade São Francisco. agosto/2019.

FINN, S. E. **Instructions for scoring the Assessment Questionnaire (AQ)**. Austin, 1998.

FINN, S. E. Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. **Journal of Personality Assessment**, London, v.94, n.5, p.44-449, 2012.

FINN, S. E.; MARTIN, H. Therapeutic Assessment: using psychological testing as brief therapy. In Geisinger, K. F. **Handbook of Testing and Assessment in Psychology**. Cambridge: Academic Press, v.2, chapter 26, 2013.

FINN, S. E.; SCHROEDER, D. G.; TONSAGER, M. E. **The Assessment Questionnaire-2 (AQ-2): a measure of clients' experiences with psychological assessment**. Unpublished manuscript, Austin, 1993.

FLAKE, T. A. *et al.* Violência por parceiro íntimo entre estudantes de duas universidades do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.16, n.4, p.801-816, 2013.

FORTALEZA. **Decreto Nº 14.663/2020** – Instituição da Política de Isolamento Social Rígido no município de Fortaleza. Fortaleza: Gabinete do Prefeito, 2020.

GIASSON, F. F. **Contribuições das estratégias de Avaliação Terapêutica para o enfrentamento do sofrimento psíquico de professores**. 2020. 158f. Dissertação (Mestrado) - Curso de mestrado em Educação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2020.

GIASSON, F. F.; RIBEIRO, L. C.; CARDOSO, L. M. O florir da Violeta: um estudo de caso em Avaliação Terapêutica. **Revista Ciência e Profissão**, Brasília, no prelo.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, N. P. *et al.* Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicol. USP**, São Paulo, v.25, n.1, p.63-69, 2014.

GOMES, N. P. *et al.* Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.109-116, 2012.

GOUVEIA, V. V.; SINGELIS, T. M.; COELHO, J. A. P. M. Escala de auto-imagem: comprovação da sua estrutura fatorial. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v.1, n.1, p.49-59, 2002.

HAACK, K. R.; PRESSI, J.; FALCKE, D. Predictors of marital physical violence: personal and relational characteristics. **Psico-USF**, São Paulo, v.23, n.2, p.241-252, 2018.

HATZENBERGER, R. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.94-110, 2010.

HOLIGROCKI, R. *et al.* Interventional use of the parente-child interaction assessment-II enactments: modifying an abused mother's attributions to her son. **Journal of Personality Assessment**, London, v.9, n.15, p.367-408, 2009.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em pacientes de clínica-escola: avaliação de resultados e processos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.22, n.51, p.73-82, 2012.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.18, n.4, p.589-597, 2013.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v.10, n.1, p.41-49, 2011.

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; CORDIOLI, A. V. Fatores comuns e mudança em psicoterapia. In Cordioli, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical Significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.59, n.1, p.12-19, 1991.

KAMPHUIS, J. H.; FINN, S. E. Therapeutic assessment in personality disorders: toward the restoration of epistemic trust. **Journal of Personality Assessment**, London, s.v., s.n., p.1-14, 2018.

KRAUSE, M. *et al.* Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. **Revista Latinoamericana de Psicologia**, Bogotá, v.38, n.2, p.299-325, 2006.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.596-604, 2009.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.33, p.1-12, 2017.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; GIGANTE, D. P. Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.52, n.89, p.1-10, 2018.

MADALENA, M.; CARVALHO, L. F.; FALCKE, D. Violência conjugal: o poder preditivo das experiências na família de origem e das características patológicas da personalidade. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v.26, n.1, p.75-91, 2018.

MAIA, R. S. *et al.* Instrumentos para Avaliação da Aliança Terapêutica. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.55-63, 2017.

MEYER, G. J. *et al.* **Rorschach sistema de avaliação por desempenho manual de aplicação codificação e interpretação e manual técnico**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v.27, n.4, p.300-308, 2010.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.1, p.26-31, 2007.

MURRAY, H. A. **TAT - Teste de Apercepção Temática**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NEWMAN, M. L.; GREENWAY, P. Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a University Counseling Service: a collaborative approach. **Psychological Assessment**, Washington, v.9, n.2, p.122-131, 1997.

NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S.; NUNES, M. F. O. **Bateria Fatorial de Personalidade**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2013.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência por parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Brasília, 2012.

PAIVA, T. T.; PIMENTEL, C. E.; MOURA, G. B. Violência conjugal e suas relações com autoestima, personalidade e satisfação com a vida. **Gerai - Revista interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v.10, n.2, p.215-227, 2017.

PAIXÃO, G. P. N. *et al.* Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal. **Rev. Latino-AM. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p.874-879, 2015.

PAIXÃO, G. P. N. *et al.* Situações que precipitam conflitos na relação conjugal: o discurso de mulheres. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.23, n.4, p.1041-1049, 2014.

PAZO, C. G.; AGUIAR, A. C. Sentidos da violência conjugal – análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2012.

RAFAEL, R. M. R. *et al.* Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v.70, n.6, p.1329-1337, 2017.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Relações entre uso de álcool e violência entre parceiros íntimos: estudo seccional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.617-623, 2016.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.63, n.2, p.149-153, 2014.

RAZERA, J.; MOSMANN, C. P.; FALCKE, D. The interface between quality and violence in marital relationships. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.26, n.63, p.71-79, 2016.

RODRIGUES, A. Padronização da versão em português da Escala de Autoconceito de Janis e Field revisada por Eagly. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.1, n.2, p.158-167, 1985.

SANT'ANNA, T. C.; PENSO, M. A. A transmissão geracional da violência na relação conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.33, s.n., p.1-11, 2017.

SANTOS, A. G.; MONTEIRO, C. F. S. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, s.n., p.1-12, 2018.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p.214-222, 2009.

SBARDELLOTO, G. **Propriedades psicométricas da versão em português do Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) – Curso de mestrado em Cognição Humana, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, São Paulo, v.15, n.3, p.395-403, 2010.

SCADUTO, A. A.; CARDOSO, L. M.; HECK, V. S. Modelos interventivo-terapêuticos em Avaliação Psicológica: estado da arte no Brasil. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v.18, n.1, p.67-75, 2019.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.2, p.237-245, 2010.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v.5, n.1, p.36-48, 2013.

SERRALTA, F. B. *et al.* The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v.42, n.3, p.256-261, 2020.

SHIRAMIZU, V. K. M.; NATIVIDADE, J. C.; LOPES, F. A. Evidências de validade do Experience in Close Relationships (ECR) Inventory para o Brasil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.18, n.3, p.457-465, 2013.

SMITH, J. D.; HANDLER, L.; NASH, M. R. Therapeutic Assessment for preadolescent boy with oppositional defiant disorder: a replicated single-case time-series design. **Psychological Assessment**, Washington, v.22, n.3, p.593-602, 2010.

SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v.62, n.5, p.670-674, 2009.

SPIELBERGER, C. D. **STAXI-2**: inventário de expressão de raiva como estado e traço. São Paulo: Vetor, 2010.

TAROCCHI, A. *et al.* Therapeutic Assessment of complex trauma: a single-case time-series study. **Clinical Case Studies**, Colorado, v.12, n.3, p.228-245, 2013.

VELOSO, C.; MONTEIRO, C. F. S. Consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.28, s.n., p.1-17, 2019.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.4, p.730-737, 2011.

VIEIRA, L. B. *et al.* Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v.67, n.3, p.366-372, 2014.

VIEIRA, P. G.; VILLEMOR-AMARAL, A. E.; PIANOWSKI, G. Tradução, adaptação e evidências iniciais de validade da Magical Ideation Scale. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.32, n.4, p.1-7, 2016.

VILLA, M. B.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Inventário de Habilidades Sociais Conjugais** – manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

VILLEMOR-AMARAL, A. E. Perspectivas para a Avaliação Terapêutica no Brasil. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v.15, n.2, p.249-255, 2016.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; FINN, S. E. The Rorschach as a window into past traumas during Therapeutic Assessment. **Rorschachiana**, Newburyport, v.41, n2, p.93-106, 2020.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; RESENDE, A. C. Novo modelo de Avaliação Psicológica no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.38, n.esp., p.122-132, 2018.

WIETHAEUPER, D. *et al.* Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v.39, n.2, p.221-230, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YOSHIDA, E. M. P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v.2, n.2, p.1-14, 1998.

YOSHIDA, E. M. P. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. **Psico-USF**, São Paulo, v.7, n.1, p.59-66, 2002.

ZALESKI, M. *et al.* Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, p.53-59, 2010.

ZAMORA, J.C.; CURIA, B. G.; HABIGZANG, L. F. Avaliação psicológica no contexto clínico para mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo. In Borsa, J. C., (org.) **Avaliação Psicológica aplicada ao contexto de vulnerabilidade psicossocial**. São Paulo: Vetor, 2019.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. **Psico-USF**, São Paulo, v.23, n.2, p.253-265, 2018.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: ensino e pesquisa**, São Paulo, v.16, n.2, p.241-273, 2015.

APÊNDICE A – QUADRO 3 – REFERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA VPI

Quadro 3 – Referências da revisão sistemática VPI

AUTOR(ES)	TÍTULO	OBJETIVO
ADAMES; BONFÍGLIO; BECKER, 2018	Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal	Identificar a relevância do acolhimento psicológico nos Serviços Especializados às mulheres que sofrem algum tipo de abuso na violência conjugal, bem como analisar as características das mulheres acolhidas.
ANDRADE <i>et al.</i> , 2015	Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis.	Analisar a prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doença sexualmente transmissível.
BARROS <i>et al.</i> , 2016	Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil.	Estimar a prevalência e os fatores associados à violência por parceiros íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco.
BARROS; SCHRAIBER, 2017	Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas	Analisar as violências não fatais sofridas e praticadas por homens e mulheres adultos, em situação de parceria íntima.
BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011	Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV	Analisar a associação entre violência por parceiro íntimo contra mulheres e a infecção ou suspeita de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
BRASIL, 2006*	Lei nº11.340	Criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
CARDOSO; COSTA, 2019	Marital social skills and marital satisfaction of women in situations of violence	Analisar as habilidades sociais conjugais, a (des)satisfação conjugal e graus de violência contra as mulheres perpetrado por parceiro íntimo
CARNEIRO <i>et al.</i> , 2019	Compreendendo a violência conjugal: um estudo em Grounded Theory	Compreender o fenômeno da violência conjugal a partir da experiência de mulheres em processo judicial e de profissionais da rede de atenção a mulheres em situação de violência.
CARVALHO <i>et al.</i> , 2018	Interface entre a violência conjugal e o consumo de álcool pelo companheiro	Analisar o discurso de mulheres sobre a interface entre violência conjugal e uso de álcool pelo companheiro.
COELHO; SILVA; LINDNER, 2014*	Violência: definições e tipologias	Expor e subsidiar a reflexão sobre as diferentes definições de violência. [módulo de um curso]
COLOSSI; FALCKE, 2019	Implications of experiences in the Family of origin and infidelity in violence loving relationships	Investigar as experiências da família de origem, quais dados sociodemográficos e fatores associados à infidelidade como poder preditivo de violência por parceiro íntimo.
CORTEZ; SOUZA, 2008	Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal	Verificar como concepções e práticas de gênero presentes em relacionamentos violentos contribuem para a produção de conflitos.
D'OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2009	Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras	Estimar a prevalência e os fatores associados à violência física e/ou sexual por parceiro íntimo em diferentes contextos socioculturais.
DAHLBERG; KRUG, 2007*	Violência: um problema global de saúde	Introduzir o tema de violência por parceiro íntimo a partir do informe mundial sobre violência e saúde publicado pela Organização Mundial de Saúde.
DOURADO; NORONHA, 2014	A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas	Aprender os sentidos atribuídos pelas vítimas à violência vivenciada e identificar as implicações decorrentes da experiência vitimizadora.
DOURADO; NORONHA, 2015	Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal	Abordar os danos ao rosto feminino provocados por parceiro íntimo à luz do pressuposto cultural da face como locus corporal privilegiado e de alto valor simbólico.
ESTRELA <i>et al.</i> , 2016	Aspectos demográficos e sociodemográficos de mulheres em situação de violência conjugal: estudo descritivo	Identificar os aspectos demográficos e socioeconômicos de mulheres em situação de violência conjugal.

FAUR, 2012*	Amores que matam – quando um relacionamento inadequado pode ser tão perigoso quanto usar uma droga	O livro busca abordar a temática relacionamento abusivo a partir de vários aspectos, como caracterização, relatos de quem vivenciou e experiência da psicóloga ao trabalhar com grupos de mulheres que sofreram violência em suas relações afetivo-sexuais.
FLAKE <i>et al.</i> , 2013	Violência por parceiro íntimo entre estudantes de duas universidades do Estado de São Paulo, Brasil	Examinar as prevalências e as superposições de violências íntimas encontradas da perspectiva masculina e feminina.
GOMES <i>et al.</i> , 2012	Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas	Identificar características socioeconômicas de mulheres e homens com história de violência conjugal em Salvador.
GOMES <i>et al.</i> , 2014	Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família	Compreender o significado do apoio psicológico à mulher em situação de violência conjugal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.
HAACK; PRESSI; FALCKE, 2018	Predictors of marital physical violence: personal and relational characteristics	Verificar o poder preditivo das experiências de família de origem, esquemas precoces de adaptação inadequada, amor, ajuste conjugal e clima familiar para ocorrência de violência física conjugal.
HATZENBERGER <i>et al.</i> , 2010	Transtornos de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo	Investigar a presença de sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em uma amostra de mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo; identificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade e avaliar prejuízos em funções cognitivas na presente amostra.
LAMOGLIA; MINAYO, 2009	Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro	Apresentar o perfil da demanda de uma delegacia de um município do Rio de Janeiro sobre violência conjugal.
LEITE <i>et al.</i> , 2017	Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil	Estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária.
LEITE; AMORIM; GIGANTE, 2018	Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico	Analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo e a não realização do exame citopatológico nos últimos três anos.
MADALENA; CARVALHO; FALCKE, 2018	Violência conjugal: o poder preditivo das experiências na família de origem e das características patológicas da personalidade	Investigar o poder preditivo das experiências na família de origem e das características patológicas da personalidade para a violência conjugal, cometida e sofrida.
MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010	Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família	Estimar a prevalência de violência conjugal física contra a mulher ao longo da vida (VCFM) em uma comunidade urbana de baixa renda e avaliar o seu impacto imediato na saúde, trabalho e vida familiar.
MONTEIRO; SOUZA, 2007	Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano	Compreender o significado de vivência de violência conjugal pela mulher vitimizada.
OMS, 2012*	Prevenção da violência sexual e da violência por parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência	Providenciar informações suficientes aos formuladores de políticas e planejadores para desenvolverem programas de prevenção contra a violência sexual e violência por parceiro íntimo.
PAIVA; PIMENTEL; MOURA, 2017	Violência conjugal e suas relações com autoestima, personalidade e satisfação com a vida	Verificar a relação das formas de legitimação da violência conjugal com a autoestima, satisfação com a vida e personalidade.
PAIXÃO <i>et al.</i> , 2014	Situações que precipitam conflitos na relação conjugal: o discurso de mulheres	Analisar as situações que precipitam e/ou intensificam conflitos na relação conjugal.
PAIXÃO <i>et al.</i> , 2015	Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal	Analisar a relação familiar, na infância e adolescência, de mulheres que vivenciam violência conjugal.

PAZO; AGUIAR, 2012	Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo	Identificar e analisar a atribuição de significados de suas usuárias em relação às experiências de violência conjugal.
RAFAEL <i>et al.</i> , 2017	Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família	Estimar o perfil das situações de violência por parceiros íntimos que envolvem mulheres no âmbito da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro).
RAFAEL; MOURA, 2014	Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno	Refletir sobre as possíveis diferenças entre os termos “violência contra mulher” e “mulheres em situação de violência” com base na análise da ocorrência de violência íntima.
RAFAEL; MOURA, 2016	Relações entre uso de álcool e violência entre parceiros íntimos: estudo seccional	Analisar a associação entre o uso de álcool e a co-ocorrência de violência entre parceiros íntimos em uma amostra de usuárias da Estratégia Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.
RAZERA; MOSMANN; FALCKE, 2016	The interface between quality and violence in marital relationships	Mensurar os níveis de qualidade e violência conjugal, bem como a relação com características sociodemográficas e o poder preditivo dos diferentes tipos de violência na qualidade conjugal.
SANT’ANNA; PENSO, 2017	A transmissão geracional da violência na relação conjugal	Investigar a transmissão geracional da violência e papéis estereotipados de gênero com um casal vítima de violência conjugal.
SANTOS; MONTEIRO, 2018	Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo	Verificar associações entre os tipos de violência por parceiro íntimo e os domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres.
SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010	Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde	Estimar a associação entre violência por parceiro íntimo e uso de serviços de atenção primária à saúde em São Paulo.
SOUTO; BRAGA, 2009	Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres	Compreender as vivências de violência nos discursos das mulheres.
VELOSO; MONTEIRO, 2019	Consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo	Analisar o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo contra a mulher.
VIEIRA, <i>et al.</i> , 2014	Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos	Analisar a interface entre o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos companheiros e o vivido de mulheres que denunciam situações de violência.
VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011	Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde	Estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres e identificar fatores associados.
ZALESKI <i>et al.</i> , 2010	Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool	Estimar a prevalência de violência por parceiros íntimos e o consumo de álcool durante os eventos dessa violência.
ZAMORA; CURIA; HABIGZANG, 2019*	Avaliação psicológica no contexto clínico para mulheres com histórico de violência por parceiro íntimo	O capítulo busca discutir a avaliação psicológica como estratégia de enfrentamento para pessoas que sofreram violência em seus relacionamentos afetivo-sexuais, apontando etapas e cuidados que o psicólogo deve seguir, além de ilustrar com um estudo de caso.
ZANCAN; HABIGZZANG, 2018	Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal	Avaliar relações entre níveis de depressão, ansiedade e regulação emocional com a violência conjugal.

Legenda: estudos incluídos são indicados com (*)

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Liliane Cardoso Ribeiro, CPF: 017.896.303-80, a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM CASOS DE VPI: AVALIANDO A AUTOESTIMA”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O estudo tem como objetivo verificar como a Avaliação Terapêutica pode influenciar a autoestima de pessoas que vivenciaram ou que vivenciam violência por parceiro íntimo (VPI). Caso concorde em participar do estudo de modo voluntário, sem qualquer recebimento financeiro, você participará de uma Avaliação Terapêutica. Neste caso, a pesquisadora principal conduzirá um processo que consiste na identificação das suas demandas relacionadas a VPI, sendo necessário o uso de testes psicológicos e de entrevistas para compreender quais fatores de sua vida contribuem para suas demandas relacionadas a VPI.

Serão necessários de seis a dez encontros presenciais, ocorrendo um encontro por semana, totalizando um período médio de três meses. As sessões terão tempo médio de 90 minutos, podendo requerer mais tempo dependendo da atividade exercida, o que será previamente acordado de acordo com a sua disponibilidade. Na literatura sobre Avaliação Terapêutica há recomendação para que as sessões sejam gravadas em vídeo e áudio. Ainda assim, sua identidade será mantida em sigilo e os dados obtidos serão apenas utilizados para a realização de pesquisa e para a produção científica que dela advir. Terá acesso às gravações apenas a pesquisadora responsável e a equipe de pesquisa, que também deverá assinar um termo de compromisso com o sigilo das informações. As gravações serão armazenadas em local seguro e protegido por senha.

Participar da pesquisa pode ajudar você a lidar com as preocupações que fizeram você procurar por ajuda, como o envolvimento em um relacionamento abusivo. Além disso, pode facilitar para que amplie seu conhecimento sobre suas próprias demandas e proporcionar mudanças em sua autoestima, lhe ajudando entender melhor o processo no qual se envolveu. Há também a possibilidade de o conteúdo trabalhado se tornar angustiante, provocando ansiedade, tristeza, entre outros sentimentos, principalmente, pela avaliação provocar uma autoanálise. Então, caso isso ocorra você pode sinalizar para o pesquisador (terapeuta), e se lhe parecer melhor, poderá interromper o procedimento, retirando o seu consentimento de participação do estudo. Sua participação se faz importante, tanto para um contexto científico, em que outras pessoas poderão ser também beneficiadas com o resultado desta pesquisa, como também no seu contexto particular, em que você poderá trabalhar preocupações que possam estar prejudicando a sua autoestima e lhe provocar algum desconforto. Quando terminarmos a pesquisa, divulgaremos os resultados em produções científicas, garantindo sempre o sigilo e o anonimato de participação.

Caso tenha alguma dúvida, precise de alguma informação ou queira ter acesso aos dados da pesquisa, você pode entrar em contato pelo número (85) 98131-4791 e pelo e-mail: lilianecardribeiro@gmail.com. Quanto à pesquisadora responsável, Liliane Cardoso Ribeiro, é psicóloga com CRP: 11/13391. Pode também entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFC, órgão responsável pela aprovação deste projeto, e que funciona na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce. Telefone para contato: (85) 3366-8346, e e-mail: comepe@ufc.br. Funcionando de segunda-feira a

sexta-feira, de 08h às 12h. O Comitê de Ética defende os direitos dos participantes das pesquisas, obedecendo as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Liliane Cardoso Ribeiro
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)
Endereço: Rua Doutor Hélio Viana, 348, São Gerardo, Fortaleza-CE.
Telefones para contato: (85) 98131-4791

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
 O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O _____ abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e de espontânea vontade que está se candidatando a participar da pesquisa intitulada “**Avaliação Terapêutica com casos de VPI: avaliando a autoestima**”. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.
 Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTERO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA “Avaliação Terapêutica com casos de VPI: avaliando a autoestima”

- Apresentação do psicólogo e da pesquisa;
- O que lhe trouxe aqui?
- Já pensou em procurar apoio? Como foi?
 - Teve rede de apoio (família, escola, amigos, entre outros);
 - Realizou algum tratamento psicológico? Psiquiátrico? (motivo, tempo, medicação);
- Como você percebe sua autoestima hoje? E durante o relacionamento, como você a descreveria? E antes do relacionamento?
- Quais são suas expectativas em relação a este processo?
- Retomar o que é Avaliação Terapêutica;
 - Benefícios: aumento da autoestima, da esperança e da motivação, rebaixamento da sintomatologia e maior abertura para aderir ao processo psicoterápico;
- Ler o **TCLE** e averiguar se há dúvidas;
 - Falar sobre as gravações das sessões: ressaltar que é parte do processo de Avaliação Terapêutica e da pesquisa, pois os vídeos poderão ser utilizados durante o processo;
- Informar que será necessário aplicar alguns instrumentos neste primeiro momento.
- Ordem de preenchimento do material:
 1. Questionário sociodemográfico e violência;
 2. Escala de autoestima de Rosenberg;
 3. Escala de Autoconceito de Janis e Field;
 4. Escala de Auto-Imagem;
 5. SRQ-20;
 6. MIS;
 7. Perguntas outras:
 - Observação: as perguntas a seguir tem relação com os critérios de exclusão;
 1. Nos últimos 12 meses, você pensou em tirar a própria vida?
 2. Nos últimos 12 meses, você tentou tirar a própria vida?
 3. Nos últimos 12 meses, você fez uso de algum medicamento? (quais e frequência);
- Ressaltar que a avaliação não tem custo algum;
- Retomar a questão do sigilo e esclarecer que as filmagens ficarão arquivadas no laboratório com acesso restrito aos pesquisadores;
- Tem alguma dúvida?
 - Agradecer e entrar em contato no máximo em uma semana

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E VIOLÊNCIA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E VIOLÊNCIA

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Qual seu sexo?
 Feminino Masculino

Qual sua Orientação Sexual?
 Heterossexual
 Homossexual
 Bissexual
 Transsexual
 Pansexual (Polissexual)
 Assexual
 Sapiossexual
 Demisessual
 Adrógenossexual
 Outro: _____

Qual é o seu estado civil?
 Solteiro(a)
 Casado(a)
 Viúvo(a)
 Divorciado(a)
 União Estável

Qual o tipo do seu relacionamento atual?
 Aberto Fechado

Quanto tempo durou/dura o seu relacionamento? _____

Você tem filhos?
 Sim Não

Se sim, quantos? _____

Qual a sua escolaridade?
 Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
 Ensino Fundamental (1º grau) completo
 Ensino Médio (2º grau) incompleto
 Ensino Médio (2º grau) completo
 Ensino superior (universitário) incompleto
 Ensino superior (universitário) completo
 Pós-graduação

Qual a sua ocupação? _____

Possui alguma renda financeira?
 Sim Não

Você está em processo psicoterápico?
 Sim Não

Você já precisou de um psiquiatra? Se sim, por qual motivo?
 Sim Não

Motivo: _____

Você se encontra envolvido(a) em algum processo jurídico? Se sim, em qual contexto?
 Sim Não

Contexto: _____

O seu/sua atual companheiro(a), ou qualquer outro(a) companheiro(a), alguma vez, o insultou, o humilhou ou o fez se sentir mal consigo mesmo, no último ano?

- () Sim
 () Não
 () Não no último ano, mas anteriormente.

Se sim, você diria que isso ocorreu (marque um X de acordo com sua resposta anterior):

	Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
No último ano			
Anterior ao último ano			

O seu/sua atual companheiro(a), ou qualquer outro(a) companheiro(a), alguma vez, inutilizou propositalmente algo que pertencia a você, no último ano?

- () Sim
 () Não
 () Não no último ano, mas anteriormente.

Se sim, você diria que isso ocorreu (marque um X de acordo com sua resposta anterior):

	Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
No último ano			
Anterior ao último ano			

O seu/sua atual companheiro(a), ou qualquer outro(a) companheiro(a), alguma vez, ocasionou alguma situação para assustá-lo ou intimidá-lo, no último ano?

- () Sim
 () Não
 () Não no último ano, mas anteriormente.

Se sim, você diria que isso ocorreu (marque um X de acordo com sua resposta anterior):

	Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
No último ano			

Anterior ao último ano			
-------------------------------	--	--	--

O seu/sua atual companheiro(a), ou qualquer outro(a) companheiro(a), alguma vez, ameaçou machucá-lo ou a alguém que você gosta, no último ano?

- () Sim, a mim e a uma pessoa próxima a mim
 () Sim, apenas a mim
 () Não, em nenhum dos dois casos
 () Não no último ano, mas anteriormente, a mim e a uma pessoa próxima a mim
 () Não no último ano, mas anteriormente, apenas a mim

Se sim, você diria que isso ocorreu (marque um X de acordo com sua resposta anterior):

	Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
No último ano			
Anterior ao último ano			

Você sofreu algum tipo de violência física e/ou sexual do seu/sua atual companheiro(a), ou qualquer outro(a) companheiro(a), alguma vez no último ano?

- () Sim, os dois tipos
 () Sim, apenas violência física
 () Sim, apenas violência sexual
 () Não, nenhum dos dois tipos
 () Não no último ano, mas anteriormente, os dois tipos
 () Não no último ano, mas anteriormente, apenas a violência física
 () Não no último ano, mas anteriormente, apenas a violência sexual

Se sim, você diria que isso ocorreu (marque um X de acordo com sua resposta anterior):

	Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
No último ano			
Anterior ao último ano			

Você acredita que vive ou que viveu um relacionamento amoroso abusivo, no último ano?

- () Sim
 () Não
 () Não no último ano, mas anteriormente

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO *WORKING ALLIANCE INVENTORY*

November 3, 2021

Liliane Ribeiro
Federal University of Ceará
Ceará, Brazil

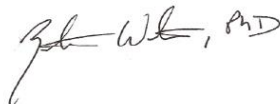
Dear Liliane Ribeiro:

You have our permission to use the Working Alliance Inventory in your MA research investigating the relationship between Therapeutic Assessment and self-esteem in women who have experienced intimate partner violence. They likewise have permission to use the measure within their therapeutic work. Please be aware that we require publishing the following note at the end of the measure:

Reprinted by permission of the Society for Psychotherapy Research © 2016.

We wish you the best in your work. Please consider joining the Society for Psychotherapy Research, an international, multidisciplinary scientific association devoted to research on psychotherapy. SPR also plays an important role in providing opportunities for interaction and dialogue between researchers and clinicians interested in psychotherapy. You may read more about us at www.psychotherapyresearch.org.

Sincerely,



Bernadette Walter, Ph.D.
Interim Executive Director
Society for Psychotherapy Research
sprexecutive@gmail.com

APÊNDICE F – TERMO DE PERMISSÃO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO E DE VÍDEO

TERMO DE PERMISSÃO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO E DE VÍDEO

A Avaliação Terapêutica é um modelo de avaliação psicológica colaborativo e semiestruturado que busca favorecer mudanças positivas ao cliente. Para isso, durante o processo serão utilizados instrumentos e técnicas psicológicas, e gravações em áudio e em vídeo dos atendimentos. O acesso a estes dados será restrito ao psicólogo (a) _____ com nº de CRP _____ e equipe especializada e os mesmos serão armazenados de modo a garantir o sigilo durante e ao término dos atendimentos.

Eu, _____ de RG _____ e CPF _____, autorizo as gravações de áudio e/ou vídeo dos atendimentos realizados comigo durante a pesquisa **“Avaliação Terapêutica com casos de Violência por Parceiros Íntimos: avaliando a autoestima”**, sob as seguintes condições:

- 1) Os nomes das pessoas envolvidas não serão divulgados. Em algumas situações, nomes de pessoas podem ser citados durante as sessões de avaliação. Nessas situações, os espectadores ouvirão o primeiro nome e não poderão divulgar fora das situações de supervisão e/ou de treinamento.
- 2) Nenhum integrante da equipe está autorizado a falar sobre as especificidades dos atendimentos em ambientes exteriores de formação ou de qualquer forma que possa revelar a identidade das pessoas envolvidas, principalmente, por terem assinado um Termo de Confidencialidade e de Sigilo.
- 3) Se alguém da equipe conhecer o cliente ou uma pessoa envolvida, o (a) integrante deverá se retirar da pesquisa imediatamente.
- 4) O vídeo será usado apenas para treinamento e para fins educacionais. Não será vendido, e será utilizado apenas em situações de treinamento e de estudo para a pesquisa.
- 5) O cliente pode mudar este acordo a qualquer momento e exigir que o vídeo seja destruído, com a comprovação visual do mesmo.

Fortaleza, ___/___/___.

(Assinatura do Cliente)

APÊNDICE G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E DE SIGILO

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E DE SIGILO

Eu _____, inscrito no CPF de nº _____, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação Terapêutica com casos de Violência por Parceiros Íntimos: avaliando a autoestima**”, a que tiver acesso nas dependências do Laboratório de Estudo e de Pesquisa em Avaliação Psicológica (Leapsi), da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Por este termo de confidencialidade e sigilo, comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação e dos dados coletados a que venha ter acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas;
5. Caso conheça o avaliando, irei me retirar imediatamente da pesquisa.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada por meio da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Informação Confidencial inclui, mas **não se limita**, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, equipamentos, segredos de pesquisa, dados, habilidades especializadas, projetos, estratégias, métodos e metodologia, fluxogramas, componentes, amostras, diagramas, e quaisquer questões relativas aos envolvidos, seja avaliador, seja avaliando.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação dos itens “1, 2, 3, 4 e 5”, acima mencionados. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo à assinatura ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Fortaleza, ___/___/_____.

(Assinatura do participante do grupo de pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador Responsável)

ANEXO A – SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo.

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, marque um "X" em SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica e você não teve o problema nos últimos 30 dias, marque um "X" em NÃO.

Perguntas	Respostas	
01- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
02- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
03- Dorme mal?	SIM	NÃO
04- Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
05- Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM	NÃO
07- Tem má digestão?	SIM	NÃO
08- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
09- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM	NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM	NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM	NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO

ANEXO B – *MAGICAL IDEATION SCALE*

MAGICAL IDEATION SCALE

Autores: Mark Eckblad e Loren J. Chapman

Tradução e Adaptação: Philipe Gomes Vieira; Anna Elisa de Villemor-Amara1 e Giselle Pianowski
LAPSaM — Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental

Leia cada frase com atenção e marque verdadeiro (V) ou Falso (F), conforme suas experiências pessoais.

01. Algumas pessoas me fazem lembrar delas apenas ao pensarem em mim.	()
02. Já tive uma rápida sensação de que eu poderia não ser humano.	()
03. Às vezes tenho medo de pisar nas riscas das calçadas.	()
04. Eu acho que poderia aprender a ler a mente das pessoas se eu quisesse.	()
05. Horóscopos estão frequentemente certos para ser apenas coincidência.	()
06. Às vezes as coisas parecem estar em lugares diferentes quando eu chego em casa, mesmo sem ninguém ter estado lá.	()
07. Números como 13 e 7 não possuem poderes especiais.	()
08. Já tive, algumas vezes, a tola sensação de que um apresentador de TV ou rádio sabia que eu o estava escutando.	()
09. Eu já tive receio de que pessoas de outros planetas pudessem estar influenciando o que acontece na Terra.	()
10. O governo se recusa a nos contar a verdade sobre discos voadores.	()
11. Eu já tive a sensação de que havia mensagens para mim na maneira como as coisas estavam arranjadas, por exemplo, na vitrine de uma loja.	()
12. Eu nunca duvidei que meus sonhos fossem produtos da minha própria mente.	()
13. Amuletos da sorte não funcionam.	()
14. Eu já percebi sons nas minhas gravações que não estavam lá antes.	()
15. Às vezes parece que certos movimentos que estranhos fazem com as mãos me influenciam.	()
16. Eu quase nunca sonho com coisas antes que elas aconteçam.	()
17. Eu já tive a rápida sensação de que alguém havia sido substituído por um sócio.	()
18. Não é possível prejudicar alguém apenas tendo maus pensamentos sobre ele.	()
19. Já tive a sensação de ter algo mau perto de mim, embora eu não pudesse vê-lo.	()
20. Às vezes tenho a sensação de ganhar ou perder energia quando certas pessoas me olham ou me tocam.	()
21. Eu já tive a rápida impressão de que estranhos estivessem apaixonados por mim.	()
22. Eu nunca tive a impressão de que certos pensamentos meus na verdade pertenciam a outra pessoa.	()
23. Quando sou apresentado a estranhos, raramente fico me perguntando se já os tinha conhecido antes.	()
24. Se reencarnação fosse verdade, isso explicaria algumas experiências incomuns que eu tive.	()
25. Pessoas muitas vezes se comportam de um modo tão estranho que a gente se pergunta se elas não fariam parte de algum experimento.	()
26. Às vezes eu pratico pequenos rituais para me livrar de influências negativas.	()
27. Já tive a impressão de que eu poderia fazer alguma coisa acontecer apenas por pensar muito nela.	()
28. Eu já me perguntei se os espíritos dos mortos podem influenciar os vivos.	()
29. Algumas vezes já senti que uma palestra ou aula era dirigida especialmente a mim.	()
30. Já senti algumas vezes que estranhos estavam lendo minha mente.	()

ANEXO C – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas				
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.				
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.				
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar				
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.				
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.				
9. Às vezes eu me sinto inútil.				
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.				

ANEXO D – ESCALA DE AUTOCONCEITO DE JANIS E FIELD

Leia as perguntas e circule a resposta que mais se adequa.

01	Quantas vezes você tem a sensação de que não pode fazer nada direito? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
02	Quantas vezes você se sentiu bem-sucedido(a) em uma reunião social? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
03	Quando você tem de falar diante de uma aula ou diante de um grupo de pessoas de sua mesma idade, em geral, o quanto fica preocupado (a)? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
04	Quantas vezes você tem a sensação de que pode fazer bem uma coisa qualquer? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
05	O quanto você se preocupa com o fato de as pessoas gostarem de estar com você? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
06	Quão frequentemente você se sente uma pessoa de sucesso? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
07	Quão frequentemente você se sente encabulado (a)? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
08	Quando você fala diante de uma aula ou diante de um grupo de pessoas de sua mesma idade, quão satisfeito (a) fica com a sua apresentação? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
09	Quantas vezes você se incomoda por causa de sua própria timidez? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
10	Como você se sente quando começa a falar com um desconhecido? (1) Muito bem (2) Bem (3) Mais ou Menos (4) Mal (5) Muito Mal
11	Quantas vezes você se sente inferior à maioria das pessoas que conhece? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
12	Que confiança você tem de que vai ter sucesso na sua futura carreira? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
13	Você alguma vez pensou que não valia nada? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
14	Quando está em uma discussão em aula, que confiança você tem em si mesmo? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
15	O quanto você se preocupa em dar-se bem com as outras pessoas? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
16	Quão confiante você sente em si mesmo(a) quando está entre desconhecido(s)? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
17	Que confiança você tem em você mesmo (a) de que algum dia, as pessoas que o (a) conhecem irão admirá-lo (a) e respeitá-lo (a)? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco
18	Quantas vezes você sente que não gosta de si mesmo (a)? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
19	Você alguma vez se sentiu tão desiludido (a) consigo mesmo (a) que se perguntou se existe alguma coisa na vida que valha a pena? (1) Muitas vezes (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Quase nunca
20	Em geral, quanto você confia em suas próprias capacidades? (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Mais ou Menos (4) Um pouco (5) Muito pouco.

ANEXO E – ESCALA DE AUTO-IMAGEM

ESCALA DE AUTO-IMAGEM

INSTRUÇÕES: Este é um questionário que mede uma variedade de sentimentos e comportamentos em diversas situações. A seguir é apresentada uma série de afirmações. Leia cada uma como se referisse a você. A seu lado escreva o número que melhor expressa seu nível de acordo ou desacordo. Por favor, responda a todas as afirmações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo um Pouco	Nem Concordo Nem discordo	Concordo um Pouco	Concordo	Concordo Fortemente

01	Gosto de ser único e diferente das outras pessoas em muitos aspectos.	
02	Sinto-me mais à vontade tratando a alguém de <i>você</i> , ainda que seja muito mais velho que eu.	
03	Mesmo quando discordo fortemente dos membros do grupo, evito uma confrontação.	
04	Respeito às pessoas de autoridade com as quais mantenho interação.	
05	Respeito às pessoas que são modestas.	
06	Sacrificaria meu próprio interesse em benefício do grupo em que estou.	
07	Prefiro dizer “não” diretamente do que me arriscar a ser mal interpretado.	
08	É importante para mim ter uma grande imaginação.	
09	Levaria em consideração o conselho dos meus pais com respeito a meus estudos ou minha profissão.	
10	Prefiro ser direto e claro quando lido com pessoas que pouco conheço.	
11	Sinto-me à-vontade se sou indicado para receber um elogio ou um prêmio.	
12	Se meu irmão ou minha irmã fracassasse, me sentiria responsável.	
13	Frequentemente tenho a sensação de que a minha relação com as outras pessoas é mais importante que minhas próprias realizações.	
14	Dirigir-me às outras pessoas em uma aula (ou uma reunião) não é um problema para mim.	
15	Ofereceria meu lugar em um ônibus a meu professor (ou meu chefe).	
16	Comporto-me da mesma maneira esteja com quem esteja.	
17	Minha felicidade depende da felicidade dos que me rodeiam.	
18	Valorizo estar bem de saúde acima de tudo.	
19	Permanecerei em um grupo se necessita de mim ainda que não esteja feliz com ele.	
20	Ser capaz de me cuidar é um interesse principal em minha vida.	
21	É importante para mim respeitar as decisões tomadas pelo grupo.	
22	É muito importante para mim que minha identidade pessoal não dependa das outras pessoas.	
23	É importante para mim manter a harmonia dentro de meu grupo.	
24	Comporto-me da mesma maneira em casa e na escola (ou no trabalho).	

ANEXO F – EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIP SCALE

EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIPS – VERSÃO BRASIL (ECR – B)

Versão masculina do questionário. Em *itálico* a versão feminina do mesmo.

Instruções para o preenchimento: As afirmações a seguir referem-se a como você se sente nos relacionamentos românticos. Estamos interessados em sua maneira geral de vivenciar as relações, não só a respeito do que está acontecendo em um relacionamento ocorrendo atualmente. Isto é, pense em todos os seus relacionamentos, passados e presentes, e responda em termos de como geralmente se sente nesses relacionamentos.

Note que por "parceira(o)" entende-se somente uma parceira (*um parceiro*) sentimental (por exemplo, cônjuge, esposa/marido, namorada(o), noiva(o), companheira(o), etc.), e, portanto, não parentes, amigas(os) ou colegas. Note também que por "parceira romântica" ("*parceiro romântico*") entende-se "pessoa com quem estou envolvido(a)", "pessoa com quem estou me relacionando", entre outros. Além disso, observe que as palavras "próximo(a)" ou "íntimo(a)" refere-se a proximidade psicológica ou emocional (por exemplo, abrir-se, confiar-se, compartilhar emoções e experiências), além da proximidade física ou sexual.

Assim, leia com atenção as seguintes afirmações, e avalie o grau em que cada uma delas descreve os seus sentimentos acerca das relações com as suas parceiras (*os seus parceiros*) e responda a cada afirmação indicando o quanto concorda ou discorda, marcando com um círculo o número correspondente à sua resposta de acordo com a seguinte escala na qual o número "1" indica um completo desacordo ("Discordo fortemente"), enquanto o número "7" indica concordância completa ("Concordo fortemente").

Discordo fortemente							Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7	

1.	Prefiro não mostrar à parceira (ao parceiro) como me sinto no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Eu me preocupo com ser abandonado(a).	1	2	3	4	5	6	7
3.	Fico muito confortável com estar íntimo(a) das minhas parceiras românticas (dos meus parceiros românticos).	1	2	3	4	5	6	7
4.	Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Assim que a minha parceira (o meu parceiro) começa a se tornar mais íntima(o), me dou conta de que estou me afastando	1	2	3	4	5	6	7
6.	Preocupa-me que as minhas parceiras românticas (os meus parceiros românticos) não se importem comigo tanto o quanto eu me preocupo com elas (eles).	1	2	3	4	5	6	7
7.	Fico desconfortável quando uma parceira romântica (um parceiro romântico) quer ter muita intimidade.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Preocupo-me bastante com perder a minha parceira (o meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7
9.	Não me sinto confortável me abrindo com parceiras românticas (parceiros românticos).	1	2	3	4	5	6	7
10.	Eu com frequência desejo que os sentimentos da minha parceira (do meu parceiro) em relação a mim fossem tão fortes quanto os meus sentimentos em relação a ela (ele).	1	2	3	4	5	6	7
11.	Eu quero me aproximar da minha parceira (do meu parceiro), mas estou sempre recuando.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Com frequência quero unir-me completamente com as minhas parceiras românticas (os meus parceiros românticos) e, às vezes, isso as(os) afasta.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Fico nervoso quando minhas parceiras (meus parceiros) ficam muito íntimas(os) comigo.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Me preocupo com ficar sozinho(a).	1	2	3	4	5	6	7
15.	Sinto-me confortável em compartilhar meus pensamentos e sentimentos privados com minha parceira (meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7
16.	Meu desejo de ficar muito íntimo(a) às vezes espanta as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Procuo evitar ficar íntimo(a) demais da minha parceira (do meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7
18.	Preciso de muita confirmação de que eu sou amado(a) pela minha parceira (pelo meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7
19.	Acho relativamente fácil ficar íntimo(a) da minha parceira (do meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7

20.	Às vezes sinto que eu forço minhas parceiras (meus parceiros) a mostrarem mais sentimento, mais compromisso.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Eu acho difícil permitir que eu dependa completamente das minhas parceiras românticas (dos meus parceiros românticos).	1	2	3	4	5	6	7
22.	Não me preocupo frequentemente com ser abandonado(a).	1	2	3	4	5	6	7
23.	Prefiro não ficar íntimo(a) demais com as parceiras românticas (os parceiros românticos).	1	2	3	4	5	6	7
24.	Se não consigo fazer com que a minha parceira (o meu parceiro) demonstre interesse em mim, fico chateado(a) ou zangado(a).	1	2	3	4	5	6	7
25.	Digo à minha parceira (ao meu parceiro) praticamente tudo.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Percebo que minhas parceiras (meus parceiros) não querem ficar tão íntimas(os) quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Eu geralmente discuto os meus problemas e preocupações com a minha parceira (o meu parceiro).	1	2	3	4	5	6	7
28.	Quando não mantenho um relacionamento sentimental, sinto-me bastante ansioso(a) e inseguro(a).	1	2	3	4	5	6	7
29.	Sinto-me confortável dependendo das minhas parceiras românticas (dos meus parceiros românticos).	1	2	3	4	5	6	7
30.	Fico frustrado quando a minha parceira (o meu parceiro) não está por perto o tanto o quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Não me importo de pedir às minhas parceiras (aos meus parceiros) que me confortem, aconselhem ou ajudem.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Fico frustrado(a) se minhas parceiras românticas (meus parceiros românticos) não estão disponíveis quando preciso delas(es).	1	2	3	4	5	6	7
33.	Ajuda recorrer à minha parceira romântica (ao meu parceiro romântico) nos momentos de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Quando minhas parceiras românticas (meus parceiros românticos) me desaprovam, sinto-me realmente muito mal acerca de mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
35.	Volto-me à minha parceira (ao meu parceiro) para muitas coisas, inclusive ser reconfortado(a) e reassegurado(a).	1	2	3	4	5	6	7
36.	Ressinto-me quando minha parceira (meu parceiro) passa tempo longe de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEFO G – *POSTTRAUMATIC CONGNITIONS INVENTORY*

INVENTÁRIO DE COGNICÕES PÓS-TRAUMÁTICAS (PTCI)

Nós estamos interessados no tipo de pensamento que você pode ter tido após uma experiência traumática. Abaixo listamos diversas afirmações que podem, ou não, ser representativas do seu pensamento. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e nos diga o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** com cada uma das afirmações. Pessoas reagem a eventos traumáticos de formas diferentes. Não existem respostas corretas ou erradas a estas afirmações.

1 Discordo totalmente	2 Discordo muito	3 Discordo levemente	4 Nem concordo, nem discordo	5 Concordo levemente	6 Concordo muito	7 Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---	--

1. O evento aconteceu por causa da forma como eu agi.	
2. Eu não posso confiar que farei a coisa certa.	
3. Eu sou uma pessoa frágil.	
4. Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível.	
5. Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos.	
6. Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre infeliz.	
7. As pessoas não são confiáveis.	
8. Eu tenho que estar alerta o tempo inteiro.	
9. Eu me sinto morto por dentro.	
10. Você nunca sabe quem vai lhe prejudicar.	
11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer.	
12. Eu sou inadequado.	
13. Eu não serei capaz de controlar minhas próprias emoções e algo terrível irá acontecer.	
14. Se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele.	
15. O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que eu sou.	
16. Minhas reações, desde o evento, significam que estou ficando louco.	
17. Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente.	
18. O mundo é um lugar perigoso.	
19. Outra pessoa teria evitado que o evento acontecesse.	
20. Eu mudei permanentemente para pior.	
21. Eu me sinto como um objeto, e não como uma pessoa.	
22. Outra pessoa não teria se envolvido nessa situação.	
23. Eu não posso contar com outras pessoas.	
24. Eu me sinto isolado e distante das outras pessoas.	
25. Eu não tenho futuro.	
26. Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo.	
27. As pessoas não são o que parecem.	
28. Minha vida foi destruída pelo trauma.	
29. Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa.	
30. Minhas reações desde o evento demonstram que eu sou péssimo em enfrentar algumas situações.	
31. Há algo em mim que fez com que o evento ocorresse.	
32. Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre o evento e vou desmoronar.	
33. Eu sinto como se não me conhecesse mais.	
34. Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer.	
35. Eu não posso contar comigo mesmo.	
36. Nada de bom pode acontecer comigo novamente.	

PTCI Copyright © 1999 por Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo.
Traduzido e adaptado por Gabriela Sbardelloto & Christian H. Kristensen (2009).
Disponibilizado online por Sbardelloto *et al.* (2013).

ANEXO H – ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule número correspondente. use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muito raramente	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7